



# Die Patientenvisite – organisierte Planlosigkeit?

Beitrag von Pflegefachpersonen zu einer zielorientierten Patientenvisite im Akutspital

Melina Matzinger  
16 546 186

Tiziana Zürcher  
16 546 616

Departement Gesundheit  
Institut für Pflege  
Studienjahr: 2016  
Eingereicht am: 03.05.2019  
Begleitende Lehrperson: Sibylle Truninger

**Bachelorarbeit  
Pflege**

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	1
Abstract .....	4
1 Einleitung.....	5
1.1 Praxisrelevanz .....	7
1.2 Zielsetzung .....	8
1.3 Fragestellung .....	8
2 Theoretischer Hintergrund.....	9
2.1 Pflegefachpersonen.....	9
2.2 Akutspital .....	10
2.3 Patientenvisite .....	10
2.4 Zielorientiert .....	10
2.5 Das „Vier-Ohren-Modell“ nach Schulz von Thun .....	11
2.5.1 Sachebene .....	11
2.5.2 Selbstoffenbarung .....	11
2.5.3 Beziehungsebene .....	11
2.5.4 Appell .....	12
3 Methodisches Vorgehen.....	13
3.1 Literaturrecherche.....	13
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien .....	14
3.3 Selektion der Literatur.....	14
3.4 Rechercheprotokoll grafisch .....	15
3.5 Instrumente zur kritischen Beurteilung der Studien .....	17
4 Ergebnisse .....	18
4.1 Übersichtstabelle .....	19
4.2 Zusammenfassungen und kritische Beurteilung der Studien .....	22
4.2.1 Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study .....	22
4.2.2 Structured nursing communication in interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction .....	26

4.2.3 Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interaction using RIAS .....	29
4.2.4 Attending Rounds on the Current Era .....	32
4.2.5 Improving nurse-physician communication and satisfaction in the intensive care unit with a daily goals worksheet.....	35
4.2.6 Validation of a checklist to assess ward round performance in internal medicine .....	38
4.2.7 Development of a checklist for documenting team and collaborative behaviors during multidisciplinary bedside rounds.....	41
4.2.8 Structured interdisciplinary bedside rounds in an Australian tertiary hospital emergency department: Patient satisfaction and staff perspectives .....	44
4.2.9 Introduction of a new ward round approach in a cardiothoracic critical care unit .....	47
4.2.10 Use of a Daily Goals Checklist for Morning ICU Rounds: A Mixed-Methods Study .....	50
5 Diskussion .....	54
5.1 Inhaltliche Diskussion der Ergebnisse .....	55
5.1.1 Strukturelle Gegebenheiten .....	55
5.1.2 Rahmenbedingungen .....	55
5.1.3 Nicht standardisiertes Vorgehen .....	57
5.1.4 Kommunikation .....	57
5.1.5 Teamarbeit .....	58
5.1.6 Auftreten der Pflegefachpersonen .....	59
5.2 Beantwortung der Fragestellung.....	61
5.3 Theorie-Praxis-Transfer .....	62
5.4 Limitationen dieser Arbeit .....	65
6 Schlussfolgerungen .....	66
Literaturverzeichnis .....	68
Tabellenverzeichnis.....	72
Abbildungsverzeichnis.....	72
Abkürzungsverzeichnis .....	73
Wortanzahl .....	74
Danksagung .....	75
Eigenständigkeitserklärung .....	76

Anhang .....	77
Anhang A: Protokoll Literaturrecherche .....	77
Anhang B: Zusammenfassung und Würdigung der Studien im AICA-Raster .....	80

## **Abstract**

### **Darstellung des Themas**

Die Patientenvisite stellt im Akutspital ein zentrales Gesprächssetting zwischen Gesundheitsfachpersonen, Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen dar. Durch den nicht standardisierten Ablauf steigt das Risiko von Fehlern und relevante Informationen können verloren gehen, wodurch die Patientensicherheit gefährdet wird und Mehraufwand entsteht.

### **Fragestellung**

„Was können Pflegefachpersonen dazu beitragen, die Patientenvisite im Akutspital zielorientierter zu gestalten?“

### **Methode**

Eine Literaturrecherche wurde in den Datenbanken CINAHL und MedLine durchgeführt. Aus 10 Studien wurden relevante Ergebnisse abgeleitet und Empfehlungen für die Praxis formuliert.

### **Ergebnisse**

Aus den eingeschlossenen Studien konnten verschiedene Bereiche definiert werden, in welchen Verbesserungspotential besteht: Strukturelle Gegebenheiten, angepasste Rahmenbedingungen, ein standardisiertes Vorgehen, verbesserte Kommunikation, interprofessionelle Teamarbeit und selbstsicheres Auftreten der Pflegefachpersonen. Auf diese Faktoren kann das Pflegefachpersonal einen positiven Einfluss nehmen. Einzig die strukturellen Gegebenheiten können nicht verändert werden.

### **Schlussfolgerung**

Um die Patientenvisite zielorientierter zu gestalten, sollte eine spezifische Ausbildung zu den Themen Kommunikation und interprofessionelle Teamarbeit durchgeführt werden. Zudem soll die Implementierung von Standards in die Praxis, beispielsweise anhand von Checklisten, erfolgen.

Durch ein einheitlich festgelegtes Vorgehen können Fehler minimiert, Kosten gesenkt und die Zufriedenheit des Personals sowie der Patienten/Patientinnen gesteigert werden.

### **Keywords:**

ward round, patient round, aim, efficiency, effectiveness, checklist, nurs\*, acute care

# 1 Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit wurde im Studiengang Pflege an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) verfasst. Im Rahmen dieser Arbeit wird ein berufsrelevantes Thema mit den im Studium erlernten wissenschaftlichen Methoden in Verbindung gesetzt und bearbeitet. Im einleitenden Kapitel wird in das Thema der Patientenvisite eingeführt, die Praxisrelevanz behandelt, die Fragestellung abgeleitet und das Ziel erläutert.

Die Patientenvisite stellt für verschiedene Berufsgruppen des Gesundheitswesens eine zentrale Tätigkeit dar und bietet im Akutspital eine der wenigen gemeinsamen Gesprächsmöglichkeiten zwischen Ärzten/Ärztinnen, Pflegefachpersonen, Therapeuten/Therapeutinnen und Patienten/Patientinnen. Doch von Letzteren wird sie nicht selten als vorbeiziehende Parade weiss gekleideter Personen wahrgenommen, welche für eine kurze Zeit Halt am Bett macht (O'Hare, 2008). Die Patientenvisite fungiert jedoch seitens der Gesundheitsfachpersonen als Schnittstelle in der Absprache zwischen den Professionen und ermöglicht den Informationsaustausch (Forster, 2017, S. 44-47).

Die Patienten/Patientinnen messen der Patientenvisite eine hohe Wichtigkeit bei. Sie können ihre Fragen gezielt an Fachpersonen richten und hegen grosse Erwartungen. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass viele Patienten/Patientinnen das Visitengespräch als nicht zufriedenstellend erleben. Es wird wenig Forschung getätigt, um zu untersuchen, was aus Sicht der Gesundheitsfachpersonen sowie der Patienten/Patientinnen eine Patientenvisite beinhalten soll (O'Hare, 2008). Auch die Studie von Weber, Stöckli, Nübling, & Langewitz (2007) bestätigt, dass wenige aktuelle Untersuchungen zum Thema Patientenvisite existieren. Die Thematik und deren Aufbau sowie Inhalt wurde in den 1970er und 1980er Jahren zuletzt umfangreich untersucht. Weber et al. (2007) beschreiben, dass zu dieser Zeit eine Visite im Durchschnitt 3.5 Minuten pro Patient/Patientin gedauert hat. Während 70% der Zeit sprachen die Fachpersonen, nur 30% kamen die Patienten/Patientinnen zu Wort. Während der Arzt/die Ärztin 6-11 Fragen an den Patienten/die Patientin richtete, war es umgekehrt gerade einmal eine. Im Durchschnitt hatten die erkrankten Personen 12 Sekunden, ein Thema ihrer Wahl anzusprechen, die restliche Zeit waren es die Gesundheitsfachpersonen, die das Gespräch führten und dessen

Richtung bestimmten. Es ist nicht ersichtlich, in welchem Setting diese Untersuchung getätigt wurde.

Auch die Tatsache, dass der Redefluss des Patienten/der Patientin nach durchschnittlich 22 Sekunden unterbrochen wurde (Langewitz, 2002), lässt darauf schliessen, dass Patientenvisiten aus Sicht des Patienten/der Patientin nicht den gewünschten positiven Effekt haben und dass sie sich dadurch wenig in die Behandlung einbezogen fühlen.

Unter den Gesundheitsfachpersonen kann es während der Visite zu Problemen in der Kommunikation und der Zusammenarbeit kommen, sodass diese weniger effektiv und zielführend ist. Grund dafür können unterschiedliche Rollenerwartungen oder Interpretationen einer effektiven Zusammenarbeit sein (Matziou et al., 2014). Dies hat eine historische Prägung und ist der Vergangenheit der Berufsgruppen zuzuschreiben. Die heute eigenständige Berufsgruppe der Pflegefachpersonen entwickelte sich aus einer unterstützenden, helfenden Rolle und war früher der medizinischen Dominanz untergeordnet (Forster, 2017, S. 5-7). Von den Ärzten/Ärztinnen wurde dem Pflegepersonal das Ausführen von Aufträgen zugeschrieben. Noch heute wird die Dominanz und Unterwerfung in der Praxis im Krankenhausalltag wahrgenommen. Daraus resultierend reagieren Pflegefachpersonen mit einem geringen Selbstwertgefühl, mit Stress und empfinden mangelnden Respekt (Matziou et al., 2014). Diese ineffektive Zusammenarbeit resultiert für beide Berufsgruppen in einem stressigen Arbeitsumfeld und Unzufriedenheit, was zu Fluktuation des Pflegefachpersonals führt (Rosenstein, 2002). Der hohe Zeitdruck und die knappen personellen Ressourcen verstärken das Phänomen zusätzlich (Wolf & Greenhouse, 2007).

Eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen führt zu einer höheren Arbeitszufriedenheit, besserem Teamgeist und zielgerichteter Kommunikation (Norgaard, Ringsted, & Dolmans, 2004). Pflegefachpersonen werden heute als Bindeglied zwischen Ärzteschaft und Patient/Patientin wahrgenommen. Sie wissen durch die enge Zusammenarbeit mit den erkrankten Personen von deren Bedürfnissen und Anliegen und können sich für sie einsetzen. In der Zusammenarbeit mit allen Gesundheitsfachpersonen im Akutspital nehmen sie dadurch eine wichtige Rolle ein.

Pflegefachpersonen haben die Möglichkeit, die Patientenvisite in der Effizienz und im Erreichen der Ziele positiv zu beeinflussen. In welcher Art sich dies gestalten könnte, soll in der vorliegenden Arbeit erörtert werden.

Zur Eingrenzung des Themas wird lediglich auf die interprofessionelle Patientenvisite eingegangen. Rapporte innerhalb einer Berufsgruppe oder Visiten ohne Teilnahme der Patienten/Patientinnen und des Pflegefachpersonals sind nicht Thema dieser Arbeit.

## **1.1 Praxisrelevanz**

Die Patientenvisite dient dem Informationsaustausch zwischen den Professionen. Sie wird in verschiedensten stationären Institutionen abgehalten, wobei sie sich je nach Disziplin in Form, Länge und Schwerpunkten unterscheiden kann. Wie sich diese Unterschiede gestalten wurde wissenschaftlich nicht untersucht.

Die Patientenvisite nimmt im Spitalalltag vielerorts einen hohen Stellenwert ein. Es können relevante Themen diskutiert, wichtige Fragen geklärt und der Pflegeprozess evaluiert werden. Selten wird nach einem standardisierten Vorgehen gehandelt (Henneman, Kleppel, & Hinchey, 2013).

Zudem zeigt die berufliche Tätigkeit, dass durch den nicht standardisierten Ablauf wichtige Fragen ungeklärt bleiben und relevante Informationen verloren gehen. Der daraus resultierende Mehraufwand führt zu Erschwernissen im Arbeitsalltag aller beteiligten Personen. Zudem können die Informationslücken die Sicherheit der Patienten/Patientinnen gefährden und die Zufriedenheit negativ beeinflussen. Viele der genannten Schwierigkeiten basieren auf einer gestörten Kommunikation zwischen den Professionen (Gausvik, Lautar, Miller, Pallerla, & Schlaudecker, 2015), worauf im Kapitel 2.5 näher eingegangen wird.

Es ist daher von grosser Relevanz, das Thema der Patientenvisite aktiver in die Praxis einzubeziehen, um dieses Gesprächssetting gewinnbringend nutzen zu können.



## **1.2 Zielsetzung**

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, Bereiche für Pflegefachpersonen zu erarbeiten, in welchen sie dazu beitragen können, die Patientenvisite im Akutspital zielorientierter zu gestalten. Dabei soll herausgefunden werden, wie eine Patientenvisite von Seiten des Pflegefachpersonals gestaltet werden muss, damit wichtige Fragen geklärt und Fehler minimiert werden können. Es soll unter Berücksichtigung der knappen Ressource Zeit analysiert werden, wie die Visite effizient und wirtschaftlich durchgeführt werden kann, um Mehraufwand und unnötige Wiederholungen zu minimieren.

## **1.3 Fragestellung**

Aus der genannten Zielsetzung wird folgende Fragestellung formuliert:

„Was können Pflegefachpersonen dazu beitragen, die Patientenvisite im Akutspital zielorientierter zu gestalten?“

## 2 Theoretischer Hintergrund

Im nachfolgenden theoretischen Hintergrund werden die für die Fragestellung relevanten Begriffe definiert und erläutert, um ein einheitliches Verständnis zu schaffen.

### 2.1 Pflegefachpersonen

In der Schweiz ist die Ausbildung zur Pflegefachperson entweder an einer Fachhochschule (FH) oder höheren Fachschule (HF) möglich. Die beiden Bildungswege unterscheiden sich bezüglich Zulassungsbedingungen und Kompetenzprofilen (SBK–ASI: Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, 2018). In der vorliegenden Arbeit werden unter dem Begriff Pflegefachpersonen Absolventen/Absolventinnen beider Bildungsgänge verstanden. Während der Laufbahn als Pflegefachperson werden verschiedene Kompetenzstufen durchlaufen. Patricia Benner, eine amerikanische Pflegewissenschaftlerin, definierte folgende 5 Stufen: Neuling, fortgeschrittener Anfänger, kompetenter Pflegender, erfahrener Pflegender, Pflegeexperte. Diese Stufen sind von definierten Merkmalen geprägt. Als Pflegefachperson ist es zentral, sich bewusst zu sein, in welcher Stufe man sich befindet, um sich in seiner Rolle im Team einzufinden und seine Kompetenzen zu kennen (Benner, 2004). Die folgende Abbildung soll diesen Prozess verbildlichen (Baumgärtel, Eissing, & Fleischmann, 2015, S. 40).

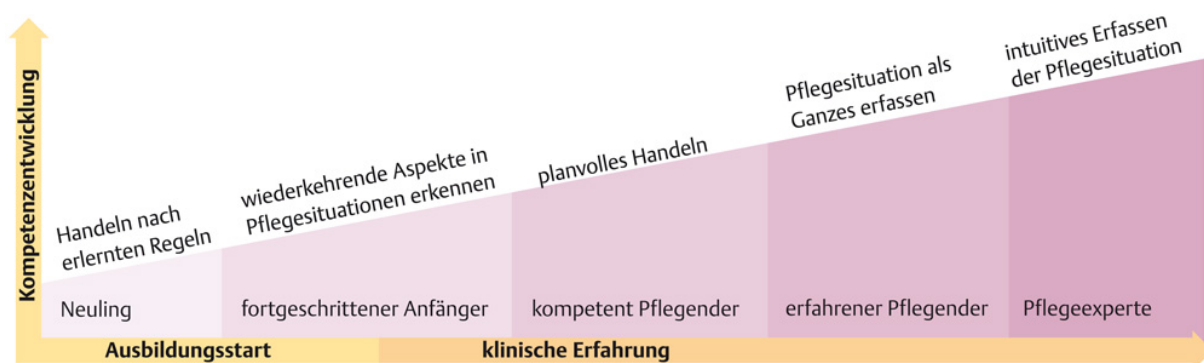


Abbildung 1 Pflegekompetenz nach Benner

## **2.2 Akutspital**

Der nationale Spitalverband (H+) definiert den Begriff Akutspital als ein allgemeines Krankenhaus im Sinne einer stationären Einrichtung, in der akutsomatische Untersuchungen sowie die Behandlung und Pflege von Patienten/Patientinnen miteingeschlossen ist. Zu den Akutspitalern zählen sämtliche allgemeine Spitäler der Grundversorgung, wie auch Spezialkliniken, unter anderem für Chirurgie oder Gynäkologie (Nationaler Spitalverband H+, 2012).

## **2.3 Patientenvisite**

Unter Patientenvisite wird der regelmässige Besuch eines Arztes/einer Ärztin am Krankenbett eines Patienten/einer Patientin in Begleitung von einer oder mehreren Pflegefachpersonen verstanden und leitet sich aus dem lateinischen Begriff „visitare“, zu Deutsch besuchen, ab (Forster, 2017, S. 2). Diese Definition ist historisch geprägt. Traditionell übernahm der Oberarzt/die Oberärztin die Leitung, in Begleitung von Assistenzärzten/Assistenzärztinnen und Pflegefachpersonen. In der heutigen Zeit werden auch andere Angehörige des Gesundheitswesens wie beispielsweise Therapeuten/Therapeutinnen und Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen hinzugezogen (O'Hare, 2008). Daher ist die Definition von Weber & Langewitz (2011) heute zutreffender. Sie beschreiben die Patientenvisite als eine verabredete Zusammenkunft, bei welcher sich über den aktuellen medizinischen und pflegerischen Stand ausgetauscht werden kann. Zudem kann dieser Rahmen genutzt werden, um Fragen seitens der Patienten/Patientinnen zu klären und edukative Tätigkeiten auszuüben (Chow, Nikolic, Shetty, & Lai, 2018).

## **2.4 Zielorientiert**

Ziele definieren einen in der Zukunft liegenden Zustand, der mit Massnahmen und Handlungen erreicht werden soll (Stadelhofer, 2001). Die Ziele der Visite, unter anderem das Benennen von Ressourcen und Problemen der Patienten/Patientinnen sowie das Überprüfen der Angemessenheit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Therapie, sollen durch zielorientiertes Handeln erreicht werden (Forster, 2017, S. 127-172).

## **2.5 Das „Vier-Ohren-Modell“ nach Schulz von Thun**

Wie bereits beschrieben, basieren verschiedenste Schwierigkeiten während der Patientenvisite auf unzureichender Kommunikation, da im zwischenmenschlichen Umgang die Haltung der beteiligten Personen entscheidend ist. Um die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in einen theoretischen Bezug setzen zu können, wird in der Folge auf das „Vier-Ohren-Modell“ der Kommunikationspsychologie von Friedemann Schulz von Thun eingegangen. Das Modell soll helfen, die eigenen Äusserungen zu analysieren und sich ihrer Wirkung auf andere bewusst zu sein. Zudem soll situationsadäquat und authentisch kommuniziert werden, um dem Ziel einer stimmigen Interaktion näher zu kommen (Schulz von Thun, 2006, S. 44-67). Das Modell beschreibt, wie unterschiedliche Nachrichten gesendet und aufgefasst werden können. Dabei werden 4 Ebenen unterschieden.

### **2.5.1 Sachebene**

Auf der Sachebene werden Daten und Fakten sachlich vermittelt mit dem Ziel, sich verständlich auszudrücken. Beim Empfänger wird diese Nachricht auf Wahrheit, Relevanz und Ausführlichkeit geprüft. Auf dieser Ebene wird emotionslos und konfliktfrei kommuniziert (Forster, 2017, S. 10).

### **2.5.2 Selbstoffenbarung**

Jede Nachricht auf dieser Ebene beinhaltet eine bewusst oder unbewusst geäußerte Selbstoffenbarung der Persönlichkeit des Senders. Dies in Form von Gefühlen, Werten und Bedürfnissen. Dies kann eine unterbewusst entstandene Meinungsverschiedenheit zur Folge haben oder Hilflosigkeit preisgeben. Der Sender kann dadurch in Frage gestellt werden, was Konfliktpotential beinhaltet (Forster, 2017, S.11).

### **2.5.3 Beziehungsebene**

Auf der Beziehungsebene geben Sender und Empfänger preis, wie sie zueinanderstehen und was sie voneinander halten. Äusserungen werden geprägt von Mimik, Gestik und Tonfall. Beim Empfänger können dadurch verschiedene, auch gegensätzliche Emotionen hervorgerufen werden. Er kann sich akzeptiert oder abgelehnt fühlen (Forster, 2017, S. 12).

#### 2.5.4 Appell

Appelle können offen oder verdeckt gesandt werden, jedoch haben sie immer zum Ziel, beim Gegenüber etwas zu erreichen. Sie beinhalten in der Regel Wünsche, Ratschläge oder Anweisungen und bewirken eine Einflussnahme auf den Empfänger. Der Appellierende sieht sich in einer übergeordneten Position und vermittelt dies zusätzlich durch die Körpersprache (Forster, 2017, S. 11).

### 3 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird die geplante Vorgehensweise bei der systematisierten Literaturrecherche beschrieben. Die Instrumente zur kritischen Beurteilung der Studien werden ebenfalls dargestellt.

#### 3.1 Literaturrecherche

Um die Fragestellung beantworten zu können, wird eine systematisierte Literaturrecherche in den pflegerelevanten Datenbanken CINAHL Complete und MEDLINE via Ovid durchgeführt. Die dafür benutzten Keywords sind in Tabelle 1 ersichtlich.

Tabelle 1  
*Keywords*

	<b>Keywords Deutsch</b>	<b>Keywords Englisch</b>
Phänomen	Visite/Patientenvisite	ward round, patient round
	zielorientiert	goal*, aim
	Effizienz, effizient	efficiency, effectiveness
	Checkliste	checklist
Population	Pflegefachpersonen	nurse(s), nursing, nurs*
Setting	Akutspital	hospital, acute care

Die Keywords werden mit den Bool'schen Operatoren „AND“, „OR“ und „NOT“ verknüpft. Zusätzlich wird die Datenbankrecherche mittels Handsuche ergänzt.

Um die Literatursuche einzugrenzen und geeignete Studien finden zu können, werden folgende Limitationen bestimmt:

- Literatur in englischer oder deutscher Sprache, um die Verständlichkeit sicherzustellen.
- Studien nicht älter als 15 Jahre (ab 2003), um die aktuelle Situation der Thematik erfassen zu können.

### 3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Studien werden anhand von Ein- und Ausschlusskriterien, die in Tabelle 2 dargestellt sind, kategorisiert und begründet. Die Kriterien dienen der Eingrenzung des Themas.

Tabelle 2  
*Ein- und Ausschlusskriterien*

<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>	<b>Begründung</b>
Visite in Anwesenheit von Pflegefachpersonen, Ärzteschaft, weiterem Gesundheitspersonal und Patient/Patientin	Visite ohne Einbezug von Pflegefachpersonen	Um den pflegerischen Bezug der Literatur und somit dieser Arbeit gewährleisten zu können
Visite mit erwachsenen Patienten/Patientinnen	Visite im pädiatrischen Setting	Möglicher Einfluss der Eltern auf die Visite
Setting Akutspital	Setting ausserhalb des Akutspitals, auch ohne Psychiatrien, Altersheim, Spitex und ambulanten Bereich	In Settings ausserhalb des Akutspitals werden Visiten in einem anderen Rahmen durchgeführt
Studien aus Europa, USA, Kanada und Australien	Studien aus anderen Ländern	Möglichst hohe Übertragbarkeit auf das Schweizerische Gesundheitssystem

### 3.3 Selektion der Literatur

In einem ersten Schritt werden die Titel der Studien gelesen und entschieden, ob sie dem Thema der vorliegenden Bachelorarbeit entsprechen. In einem zweiten Schritt werden die Abstracts der Texte anhand der formulierten Ein- und Ausschlusskriterien beurteilt. Eingeschlossen werden jene Studien, welche für die Beantwortung der Fragestellung als relevant erachtet werden.

### **3.4 Rechercheprotokoll grafisch**

Das folgende Flussdiagramm (siehe Abbildung 2) stellt den Prozess der Studiauswahl bildlich dar. Aus anfangs 254 Ergebnissen werden durch das Lesen der Titel und Abstracts und unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien 241 Studien ausgeschlossen. 13 Texte bleiben übrig, davon werden 3 durch das „Schneeballsystem“ aus Literaturverzeichnissen gewonnen. Eine dieser Studien wurde in Singapur durchgeführt. Sie wird trotz zuvor definiertem Ausschlusskriterium inkludiert, da sie als relevant eingestuft wird. Dabei muss beachtet werden, dass dies zu einem Bias und somit einer Datenverzerrung führen könnte. Die Ergebnisse sind nur bedingt auf das Schweizerische Gesundheitssystem übertragbar, auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass Singapur im Vergleich zu anderen asiatischen Ländern über ein hochentwickeltes System verfügt.

Nach der Gesamtbeurteilung der Studien werden 10 als relevant erachtet und für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit eingeschlossen. Im Anhang A ist der vollständige Suchprozess einsehbar.



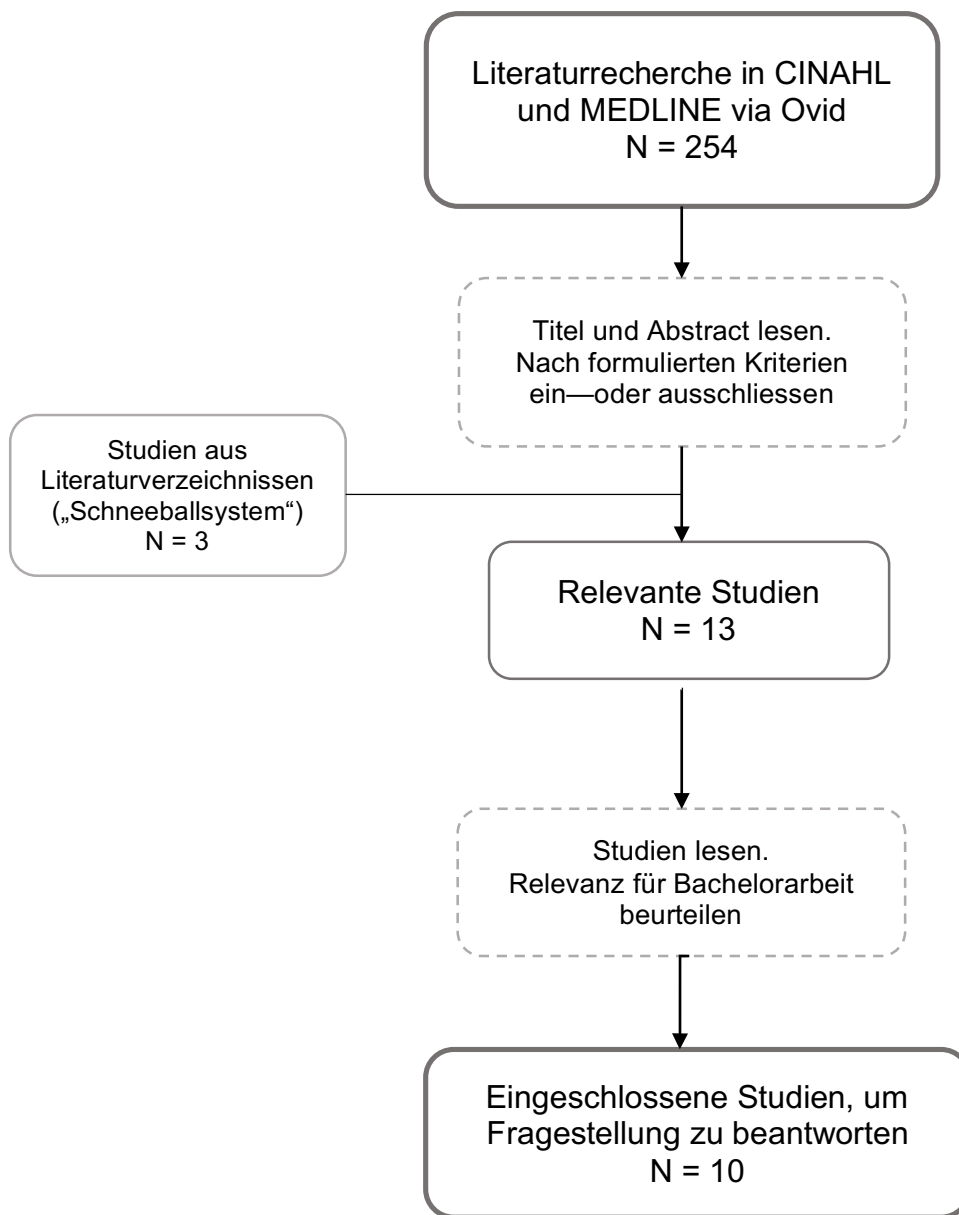


Abbildung 2 Rechercheprotokoll grafisch

### **3.5 Instrumente zur kritischen Beurteilung der Studien**

Die ausgewählten Studien werden anhand des Arbeitsinstruments für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels (Preusse-Bleuler & Ris, 2015) zusammengefasst und auf ihre Güte geprüft. Die bearbeiteten AICA-Tabellen sind im Anhang B ersichtlich. Das AICA basiert auf den qualitativen Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) und den quantitativen Gütekriterien von Bartholomeyczik, Linhart, Mayer, & Mayer (2008).

Das Evidenzlevel der Studien wird anhand der 6S Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009) eingeschätzt.

## 4 Ergebnisse

Zur Beantwortung der Fragestellung werden 10 Studien inkludiert, die in Tabelle 3 zur Übersicht dargestellt sind. Im folgenden Kapitel werden die eingeschlossenen Studien zusammengefasst, gewürdigt und in Bezug auf ihre Güte geprüft. Die 2 qualitativen Studien werden nach den Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) gewürdigt. Für die 6 nach quantitativem Ansatz durchgeführten Studien sowie die 2 Mixed-Methods Studien werden die Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) verwendet.

Bei allen inkludierten Studien handelt es sich um Primärstudien. Daher werden sie auf der sechsten und damit untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) eingeordnet.

## 4.1 Übersichtstabelle

Tabelle 3  
Übersichtstabelle eingeschlossene Studien

Studie	Land	Ziel	Design	Kernaussagen/ Ergebnisse
Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study  (Tang, Zhou, Chan, & Liaw, 2018)	Singapur	Erfassung der Kooperationserfahrung zwischen jungen Ärzten und dem Pflegepersonal mit dem Ziel, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern.	Qualitativ (deskriptiv-exploratorisch)	-um die Patientenversorgung zu verbessern, sind alle auf eine wirkungsvolle und effiziente Kommunikation angewiesen -beide Arbeitsgruppen haben mit einer hohen klinischen Arbeitsbelastung zu kämpfen
Structured nursing communication in interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction  (Gausvik et al., 2015)	USA	Vergleich der Perspektive des Personals von Abteilungen mit Durchführung von strukturierten interdisziplinären Patientenvisiten im Vergleich mit Abteilungen, auf denen SIBR nicht angewendet wird.	Qualitativ	- Deutlich verbesserte Teamarbeit auf Abteilungen mit Anwendung von strukturierten interdisziplinären Patientenvisiten (SIBR) - Grösseres Verständnis des Pflegeplans der Gesundheitsfachpersonen nach Durchführung von SIBR - Bessere Kommunikation im Team und mit den Angehörigen dank der SIBR - Effizienz der Pflege konnte aus Sicht der Gesundheitsfachpersonen dank den strukturellen interdisziplinären Patientenvisiten gesteigert werden - Deutliche Verbesserung der Patientenzufriedenheit mit SIBR - Arbeitszufriedenheit steigerte sich durch die Durchführung von strukturierten interdisziplinären Patientenvisiten im Vergleich zu traditionellen Patientenvisiten. - Teamdynamik veränderte sich aus Sicht der befragten Gesundheitsfachpersonen durch SIBR, wobei Patienten/Patientinnen im Mittelpunkt stehen.

<p>Communication during ward rounds in internal medicine</p> <p>An analysis of patient-nurse-physician interaction using RIAS</p> <p>(Weber et al., 2007)</p>	Schweiz	Systematische Untersuchung der Kommunikation und Interaktion des Gesundheitsfachpersonals während den täglichen Patientenvisiten.	Quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergebnisse zeigen, dass Fokus der Kommunikation deutlich auf den Ärzten/Ärztinnen liegt</li> <li>- Nur geringe Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen und Patienten/Patientinnen</li> <li>- Kein wesentlicher Beitrag der Pflegefachpersonen zum Inhalt der Patientenvisite</li> <li>- Viele relevante Informationen werden von Gesundheitsfachpersonen bereits im Gang besprochen, nicht am Patientenbett</li> <li>- Trotz Informationsflut fühlen sich Patienten/Patientinnen ungenügend informiert.</li> </ul>
<p>Attending Rounds on the Current Era</p> <p>(Stickrath et al., 2013)</p>	USA	Prospektive Beobachtungsstudie um derzeitige Methoden der Patientenvisiten zu erfassen und festzustellen, ob diese der Patientenversorgung entsprechen.	Quantitativ (Querschnittsstudie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-mittlerer Zeitaufwand pro Patienten/Patientin: 5 min</li> <li>-viel besprochen wurden Pflegeplan, Labor, bildgebende Verfahren, Fragen zur Versorgung</li> <li>-wenig besprochen wurden Hinweise der Pflege, Prophylaxen, Zu- &amp; Abgänge</li> <li>-spezifisch geschultes Personal bindet anderes Krankenhauspersonal mit ein, bespricht Prophylaxen und gibt angebrachtes Feedback</li> </ul>
<p>Improving nurse-physician communication and satisfaction in the intensive care unit with a daily goals worksheet.</p> <p>(Narasimhan, Eisen, Mahoney, Acerra, &amp; Rosen, 2004)</p>	USA	Ob durch die Verwendung eines Zielarbeitsblattes die Kommunikation zwischen den Mitgliedern des Patientenpflegeteams, Patienten/Patientinnen und Familienmitgliedern verbessert werden kann.	Quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Verbesserung im Verständnis der Ziele des Patienten/der Patientin</li> <li>-signifikante Verbesserung der Kommunikation</li> <li>-Liste wirkt sich positiv auf Ergebnisse der Patienten/Patientinnen aus</li> <li>-mittlere Verweildauer nahm ab</li> </ul>
<p>Validation of a checklist to assess ward round performance in internal medicine</p> <p>(Norgaard et al., 2004)</p>	Dänemark	Validierung in der Praxis einer vor Durchführung der Studie entwickelten Checkliste und Beurteilung, ob diese während der Ausbildung als Beurteilungsinstrument genutzt werden kann.	Quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Checkliste wurde von 86% der befragten Ärzte/Ärztinnen als sehr umfassend und vollständig beurteilt</li> <li>- Checkliste in verschiedenen Fachgebieten anwendbar</li> <li>- Über je mehr Erfahrung Arzt/Ärztin verfügt, desto besser wurde Durchführung der Patientenvisite anhand der Checkliste beurteilt</li> </ul>

Development of a checklist for documenting team and collaborative behaviors during multidisciplinary bedside rounds  (Henneman et al., 2013)	USA	Entwicklung eines validen und zuverlässigen Bewertungsinstrument für die Patientenvisite, um Daten über das teambezogene Verhalten von Gesundheitsfachpersonen, Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen zu sammeln.	Quantitativ	- Valide und zuverlässige Checkliste zur Erfassung von objektiven Daten des Team- und Kooperationsverhaltens von Ärzten/Ärztinnen, Pflegefachpersonen und Patienten/Patientinnen - Verhalten der Teammitglieder kann während Patientenvisite effektiv erfasst und beurteilt werden
Structured interdisciplinary bedside rounds in an Australian tertiary hospital emergency department: Patient satisfaction and staff perspectives  (Chow et al., 2018)	Australien	Vergleich von strukturierten interdisziplinären Patientenvisiten (SIBR) mit traditionellen medizinischen Visiten in Bezug auf die Patientenzufriedenheit, die Perspektive des Personals und den Faktor Zeit.	Quantitativ	- Signifikant längere Dauer der strukturieren interdisziplinären Patientenvisiten im Vergleich mit traditionellen Visiten - Signifikant höhere Patientenzufriedenheit nach Durchführung der SIBR - Fachpersonen bewerteten die strukturierten interdisziplinären Patientenvisiten deutlich höher in Bezug auf effektivere Teamzusammenarbeit und verbesserte Kommunikation
Introduction of a new ward round approach in a cardiothoracic critical care unit  (Shaughnessy & Jackson, 2015)	England	Auswirkung einer Umstrukturierung der Patientenvisite mit Hilfe einer Checkliste auf die Beiträge des Pflegefachpersonals.	Mixed-Methods	-das Pflegefachpersonal hat mehr Gelegenheit sich in die Patientenvisite einzubringen -Die MINDERS-Checkliste half, Auslassungen zu vermindern -anhaltende Bedenken bezüglich der Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen und der Ärzteschaft -Insgesamt positive Veränderung mit verbesserter Patientenversorgung
Use of a Daily Goals Checklist for Morning ICU Rounds: A Mixed-Methods Study  (Centofanti et al., 2014)	Kanada	Erfassen der Perspektiven und Einstellung multidisziplinärer Kliniken in Bezug auf die Verwendung einer «Daily-Goals-Checklist» bei morgendlichen Patientenvisiten.	Mixed-Methods	-Mitglieder engagiert und konzentriert -Fragen und Überlegungen wurden vermehrt diskutiert und Anpassungen gemacht -positive Auswirkungen auf Kommunikation -positive Auswirkungen auf Patientenversorgung -Auswirkungen auf Bildung

## **4.2 Zusammenfassungen und kritische Beurteilung der Studien**

### **4.2.1 Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study**

#### **Zusammenfassung**

Die Studie von Tang et al. (2018) untersucht die Erfahrungen bezüglich der Zusammenarbeit zwischen Assistenzärzten/Assistenzärztinnen und dem Pflegepersonal mit dem Ziel, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern. Die Studie wurde in Singapur in einem 991-Betten-Akutspital durchgeführt, und ein qualitativ exploratives, deskriptives Design wurde angewandt. Miteinbezogen wurden auf allgemeinen Stationen arbeitende Ärzte/Ärztinnen und Pflegefachpersonen, welche über mindestens 6 Monate und maximal 3 Jahre Berufserfahrung verfügten. Gewählt wurde dieser Rahmen entsprechend Resultaten aus vorhergehenden Studien, welche erfassten, dass die Arbeitsbelastung in diesem Zeitraum am höchsten sei und sich das Personal nur bedingt auf die Zusammenarbeit vorbereitet hätte. 11 Assistenzärzte/Assistenzärztinnen und 8 Pflegefachmänner/Pflegefachfrauen wurden ausgewählt. 2 ausgebildete Forscherinnen führten mit den Teilnehmenden semi-strukturierte Interviews durch, welche aufgenommen und anschliessend transkribiert wurden. Nach 7 Pflegefachpersonen und 9 Ärzten/Ärztinnen wurde die Datensättigung erreicht. Um diese zu bestätigen wurden 2 weitere Interviews geführt, ohne dabei auf weitere Erkenntnisse zu stossen.

Die beiden Forscherinnen führten eine induktive, thematische Analyse durch und fassten die Ergebnisse in Unterthemen und Themen zusammen. Ein dritter Forscher wurde beigezogen und der gesamte Prozess des Erfassens und der Analyse der Daten wurde aufgezeichnet.

Die Ergebnisse wurden in 4 Unterthemen aufgeteilt:

1. Arbeiten für eine bessere Patientenversorgung: Um die Patientenversorgung gewährleisten zu können, ist eine effektive Kommunikation von grosser Bedeutung. Sie soll dazu dienen, dass ausreichende Informationen und Erklärungen zur anderen Partei gelangen, damit diese den Behandlungsplan und die Situation verstehen kann. Das unzureichende Verständnis der beruflichen Rollen der Pflege wird als Hindernis wahrgenommen und löst bei den Assistenzärzten/Assistenzärztinnen Unsicherheit aus. Letztere erhalten durch die Visiten meist nur eine Momentaufnahme des

Zustands der Patienten/Patientinnen. Daher ist es wichtig, dass das Pflegepersonal an den Patientenvisiten teilnimmt und Bedenken klar beschreibt und äussert. Das Pflegepersonal erwartet im Gegenzug aus ärztlicher Sicht Information zum Behandlungsplan, damit alle mit dem gleichen Wissensstand arbeiten können. Die Forscher/Forscherinnen erachten es darüber hinaus als problematisch, ausschliesslich über das Dokumentationssystem zu kommunizieren. Das System darf keinesfalls die direkte Kommunikation ersetzen.

2. Kampf um die Bewältigung von Problemen: Beide Arbeitsgruppen haben mit einer hohen klinischen Arbeitsbelastung zu kämpfen. Vor allem aber das Pflegepersonal muss mit konkurrierenden Prioritäten umgehen können. Die vielen administrativen Aufgaben bedeuten ein enormes Arbeitsaufkommen. Dabei fehlt nicht selten die Zeit für eine effektive Kommunikation. Teils ist es den Pflegefachpersonen nicht möglich, an den Patientenvisiten teilzunehmen, da sie andere pflegerische Aufgaben zu verrichten haben. Eine Patientenvisite zu planen, an welcher alle Berufsgruppen teilnehmen können, ist organisatorisch schwer umsetzbar.

3. Zwischenmenschliche Beziehungen: Viele Teilnehmer/Teilnehmerinnen der Studie meinten, während den Patientenvisiten eine medizinische Dominanz und pflegerische Unterwerfung zu spüren, was die Zusammenarbeit merklich behindern würde. Teilweise fühlten sich die Pflegefachpersonen abgewertet und wollten dann keinen aktiven Beitrag zur Patientenversorgung mehr einbringen. Es soll daher eine Möglichkeit für soziale Interaktion geschaffen werden.

4. Pflegefachpersonen sollen mehr Verantwortung übernehmen: Um die Zusammenarbeit zu fördern, sollen Pflegefachpersonen mehr Verantwortung übernehmen. Es soll ihnen mehr Autonomie in Bezug auf ihr Arbeitsgebiet verliehen werden, um so auch das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stärken. Sie sollen selbstbewusster auftreten, einen aktiven Teil der Patientenversorgung übernehmen und in klinische Entscheidungen einbezogen werden.

Die Ergebnisse der Studie fordern Trainings zur interprofessionellen Zusammenarbeit mit dem Schwerpunkt der Kommunikation zwischen dem Pflegefachpersonal und den Assistenzärzten/Assistenzärztinnen. Auch sollen dadurch die traditionellen Stereotypen der Berufsgruppen aufgehoben werden. Bestehende Studien zeigen einen positiven Effekt des Empowerments des Pflegepersonals. Durch gemeinsame Entscheidungsprozesse sollen Wege geschaffen werden, wie die Zusammenarbeit gefördert werden kann.



## Kritische Würdigung

Die Studie bearbeitet ein relevantes Thema für 2 Berufsgruppen, welche nahe miteinander arbeiten. Die Problemstellung wird klar und deutlich erklärt und mit bereits bestehender Literatur untermalt. Die Signifikanz wird nicht diskutiert. Das qualitativ explorativ deskriptive Design wurde passend zur Beantwortung der anfangs gestellten Fragestellung gewählt. Die Stichprobe stellt sich aus Mitarbeitenden eines Krankenhauses in Singapur zusammen, was die Ergebnisse limitiert und nur bedingt auf andere Institutionen und Länder übertragen lässt. Das Setting wie auch die Teilnehmer/Teilnehmerinnen werden beschrieben und begründet. Auch die Vorgehensweise wird erklärt und mehrfach überprüft. Die Datensättigung wurde nach 7 Pflegefachpersonen und 9 Ärzten/Ärztinnen erreicht. Trotzdem wurden zur Bestätigung je ein, beziehungsweise 2 weitere Interviews geführt, ohne neue Erkenntnisse zu erhalten. Die Teilnehmenden stimmten schriftlich zu und konnten jederzeit austreten. Die Forscher/Forscherinnen wurden als gut ausgebildet beschrieben und pflegten keine Beziehung zu den Teilnehmern/Teilnehmerinnen oder zueinander. Ein dritter unabhängiger Forscher wurde zum Schluss hinzugezogen, um Missverständnisse und Uneinigkeiten zu bereinigen. Während des gesamten Prozesses führten die Forscher/Forscherinnen ein Journal, um sich kritisch über Vorurteile zu reflektieren. Um die Genauigkeit der Daten zu gewährleisten, wurde ein Member-Check durchgeführt. Die Ergebnisse entstanden aufgrund einer präzisen Analyse. Zudem wurden sie mit plausiblen und passenden Zitaten untermalt. Die Forscher/Forscherinnen stellten Forderungen (Trainings zur interprofessionellen Kommunikation) und machten sogleich einen Vorschlag zur beispielhaften Umsetzung. Dieser wurde ausführlich und sinnvoll beschrieben. Die Forschungsfrage konnte beantwortet werden und half zum besseren Verständnis der Problematik der Kommunikation zwischen den beiden Berufsgruppen. Für Pflegefachpersonen ist es wichtig zu wissen, wo Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit bestehen, um diese gegebenenfalls aus der Welt zu schaffen. In Tabelle 4 ist die Beurteilung der Güte nach den Kriterien von Lincoln und Guba (1985) ersichtlich.

Tabelle 4  
*Gütebeurteilung der Studie von Tang et al. (2017)*

Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985)	Positiv	Negativ
Glaubwürdigkeit (=Credibility)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gut ausgebildete Forscher/Forscherinnen</li> <li>• keine Beziehung zu den Teilnehmenden</li> <li>• unabhängiger Forscher für Datenanalyse hinzugezogen</li> <li>• Peer-Debriefing durchgeführt</li> <li>• Member-Check durchgeführt</li> <li>• Datensättigung wurde überprüft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• keine Triangulation</li> </ul>
Übertragbarkeit (=Transferability)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• passende Zitate</li> <li>• Setting und Teilnehmende gut beschrieben</li> <li>• Datenerhebung und -analyse gut beschrieben</li> <li>• Empfehlungen für die Praxis formuliert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stichprobengrösse nicht begründet</li> </ul>
Zuverlässigkeit in Bezug auf Nachvollziehbarkeit (=Dependability)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheidungspfade wurden dokumentiert</li> </ul>	
Bestätigbarkeit (=Conformability)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• reflektives Journal wurde geführt</li> <li>• externe Person wurde beigezogen um Unsicherheiten/Missverständnisse zu klären</li> </ul>	

#### 4.2.2 Structured nursing communication in interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction

##### Zusammenfassung

Studien konnten belegen, dass eine gute Kommunikation zwischen der Pflege und Ärzteschaft positive Patientenergebnisse unterstützen und fördern. Strukturierte interdisziplinäre Patientenvisiten (SIBR) bilden die valide Struktur, die die Kommunikation vereinfacht und gleichzeitig alle an der Behandlung beteiligten Personen zusammenbringt. Dabei liegt der Fokus auf der Einbeziehung von Patienten und ihren Angehörigen. Die Studie von Gausvik et al. (2015) untersuchte die Perspektive des Gesundheitspersonals zum Thema interdisziplinäre Patientenvisite im Vergleich zu anderen Abteilungen, auf denen SIBR nicht angewendet wird. Die qualitative Studie wurde auf einer akutgeriatrischen Abteilung durchgeführt, wo SIBR abgehalten wurde. Die Abteilung wurde mit 4 nichtintensiven Abteilungen im gleichen Krankenhaus verglichen, auf welchen traditionelle, arztzentrierte Patientenvisiten durchgeführt wurden. Das Erleben der befragten Teilnehmer/Teilnehmerinnen (24 Probanden in Interventionsgruppe und 38 in Kontrollgruppe) wurde anhand eines Fragebogens erfasst. Zu den untersuchten Kategorien gehörten Teamarbeit, Verständnis des Pflegeplans, Umgang mit Ängsten und Sorgen, Teamkommunikation, Familienkommunikation, Effizienz, Sicherheit und Arbeitszufriedenheit. Die Vergleiche basierten auf den gemeinsamen Kategorien der Umfrage, um nach signifikanten Unterschieden zwischen den beiden Gruppen zu suchen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mitarbeiter der Interventionsgruppe alle untersuchten Kategorien deutlich besser beurteilten als die Kontrollgruppe. Die Probanden der Interventionsgruppe hatten ein starkes Teamgefühl, gaben an, ein grösseres Verständnis des Tagesplans aller Patienten/Patientinnen zu haben und fühlten sich wohler, offen im interdisziplinären Team zu kommunizieren. Zudem sahen sie eine deutliche Steigerung der Effizienz der Pflege, gaben eine deutliche Verbesserung der Patientensicherheit an und schätzten ihre gesamte Arbeitszufriedenheit nachdrücklich höher ein. Teilnehmende der Interventionsgruppe fühlten sich durch die Einführung von strukturierten Patientenvisiten als Teil einer

verbesserten Teamdynamik, die wirklich in Patienten/Patientinnen investiert und nicht nur eine To-do-Liste abhakt.

Die Forscher machen darauf aufmerksam, dass in Zeiten von Knappheit an Pflegefachpersonen die Arbeitszufriedenheit ein Schlüsselfaktor für die Aufrechterhaltung eines ausreichenden Angebots an Fachpersonen ist. Das Hinzufügen von strukturierten interdisziplinären Patientenvisiten im Praxisalltag führte zu einer signifikanten Verbesserung in der Zufriedenheit, und es bestand ein Zusammenhang mit einer positiven Arbeitsumgebung.

### Kritische Würdigung

Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Pflege, da die Berufsgruppe als Population im Zentrum der Untersuchung steht und wichtige Erkenntnisse für die Berufspraxis daraus hervorgehen.

Das Studiendesign ist sinnvoll gewählt, da das Erleben von einzelnen Teilnehmenden untersucht wurde. Die Stichprobenziehung ist angebracht. Da die Teilnahme an der Umfrage freiwillig war, kann nicht ausgeschlossen werden, dass eher Gesundheitsfachpersonen mit einer starken Meinung zum untersuchten Phänomen an der Studie teilgenommen haben und die Ergebnisse so nicht vollständig übertragbar sein könnten. Die Stichprobengrösse scheint angemessen. Die ausgewählten Teilnehmenden eignen sich gut als Informanten, da sie das Phänomen in ihrem Arbeitsalltag täglich erleben und sich damit auseinandersetzen. Die Datenerhebung ist klar beschrieben, und die Selbstbestimmung der Teilnehmenden wird diskutiert. Die verwendeten Fragebogen sind der Studie nicht abgebildet, was die Übertragbarkeit einschränkt.

Die Datenanalyse ist nachvollziehbar beschrieben, wobei die einzelnen Schritte nicht alle dargestellt und somit nicht vollständig überprüfbar sind. Sie scheint trotzdem glaubwürdig.

Die Ergebnisse wurden in einzelne Kategorien unterteilt, sind ausführlich bearbeitet und verständlich beschrieben. Sie reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten und beleuchten das Phänomen als Ganzes, jedoch sind auch die einzelnen Punkte wichtig. Durch eine Implementierung von SIBR in die Praxis könnten wichtige Fortschritte erreicht werden.

In Tabelle 5 ist die Beurteilung der Güte nach den Kriterien von Lincoln und Guba (1985) ersichtlich.

Tabelle 5  
*Gütebeurteilung der Studie von Gausvik et al. (2015)*

Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985)	Positiv	Negativ
Glaubwürdigkeit (=Credibility)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnehmende wurden über Freiwilligkeit und Anonymität der Resultate informiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorannahmen der Forschenden nicht diskutiert</li> <li>• Fraglich, ob Ergebnisse mit Teilnehmenden diskutiert wurden</li> <li>• Datensättigung nicht diskutiert</li> <li>• Freiwillige Teilnahme → eher Fachpersonen mit starker Meinung zum Thema?</li> </ul>
Übertragbarkeit (=Transferability)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zitate in Studie abgebildet</li> <li>• Gliederung der Resultate in Kategorien mit Praxistransfer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragebogen nicht abgebildet</li> </ul>
Zuverlässigkeit in Bezug auf Nachvollziehbarkeit (=Dependability)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datenerhebung und –analyse verständlich beschrieben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelne Schritte der Datenanalyse nicht dargestellt</li> </ul>
Bestätigbarkeit (=Conformability)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht ersichtlich, ob externe Person den Forschungsprozess betreute</li> </ul>

#### 4.2.3 Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interaction using RIAS

##### Zusammenfassung

Durch unzureichende Kommunikation zwischen dem Gesundheitsfachpersonal und den Patienten/Patientinnen kann es zu Defiziten in der Gesundheitsversorgung und fehlenden Informationen kommen. Weber et al. (2007) untersuchten daher in einer quantitativen Studie die Interaktionen bei den täglichen Patientenvisiten auf Abteilungen der Inneren Medizin und analysierte diese mit RIAS (Roter Interaction Analysis System). In einem ersten Schritt wurden auf 2 Abteilungen die Patientenvisiten mittels eines Tonbandgerätes von unbeteiligten Beobachtern aufgenommen. Anhand der Ausschlusskriterien wurden 71 Tonbandaufnahmen für die Analyse mit RIAS ausgewählt, bestehend aus einer Stichprobe von 8 Ärzten/Ärztinnen, 13 Pflegefachpersonen und 59 Patienten/Patientinnen. Während den aufgezeichneten Patientenvisiten wurde die Zeit durch einen Beobachter gestoppt um festzustellen, wie lange Ärzte/Ärztinnen und Pflegefachpersonen bei jedem/jeder Patient/Patientin waren. Es zeigte sich, dass im Durchschnitt 7.5 Minuten pro Patient/Patientin aufgewendet wurden.

Es konnte festgestellt werden, dass der gesamte Datensatz zu 51.6% Äusserungen von Ärzten/Ärztinnen enthielt, 34.8% die Patienten/Patientinnen zu Wort kamen und nur 13.5% der Äusserungen von Pflegefachpersonen stammten. Dies zeigt deutlich, dass der Fokus der Kommunikation auf dem medizinischen Personal liegt und Pflegefachpersonen nicht wesentlich zum Inhalt der Patientenvisite beitragen. Die Forschenden sahen dies als Nachteil, da Pflegefachpersonen die Patienten/Patientinnen in den alltäglichen Aktivitäten begleiten. Dies kann besonders bezüglich der weiteren Platzierungen oder der Durchführbarkeit von Therapieschemen von grosser Bedeutung sein.

Die Forschenden machten darauf aufmerksam, dass viele relevante Informationen bereits im Gang diskutiert wurden und nicht am Patientenbett. Spannend ist, dass alle Teilnehmer viel häufiger geschlossene als offene Fragen verwendeten. Offene Fragen konzentrierten sich auf medizinische Inhalte.

Ein weiteres Problem sahen die Forschenden in der Informationsflut, die weit über die Auffassungsgabe der Patienten/Patientinnen ging. Sie fühlten sich, vor allem von der Ärzteschaft, trotzdem zu wenig informiert. Dies könnte daran liegen, dass

Fachleute Erläuterungen zu Problemen abgaben, die Patienten/Patientinnen nicht gewünscht haben oder nicht verstanden. Dies bedeutet, dass sie mit unstrukturierten oder nicht angeforderten Informationen überflutet wurden.

### Kritische Würdigung

Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Pflege, da eine gute interprofessionelle Interaktion ihre Qualität erhöht. Das quantitative Studiendesign erscheint sinnvoll, da die Inhalte der Patientenvisiten aufgenommen, analysiert und explizite Variablen gemessen wurden (Äusserungen, Sprechzeit, Dauer usw.). Die Stichprobenziehung ist nicht vollumfänglich verständlich. Es bleibt unklar, welche Patientenvisiten zur Tonbandaufnahme ausgewählt wurden und ob dies zufällig geschah. Das Setting wird ausreichend beschrieben und begründet (Durchmischung von möglichst vielen Diagnosen auf Innerer Medizin). Daher sollten die Ergebnisse auf viele Patientenvisiten auf der Inneren Medizin übertragbar sein. Die Stichprobe ist trotz vielen Drop-outs, die ausreichend begründet wurden, umfassend. Die Datenerhebung ist klar dargestellt. Die Methoden dazu sind bei allen Teilnehmenden gleich. Die Datenanalyse ist eher knapp beschrieben und in ihren einzelnen Schritten nicht überprüfbar. Trotzdem erscheint die Analyse glaubwürdig, da erwähnt wird, dass einzelne Schritte mehrfach nachgeprüft wurden. Die Resultate sind ausführlich erläutert und reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten. In der Studie wird das Transkript einer Patientenvisite dargestellt. Die gebildeten Kategorien leiten sich vom Analysesystem RIAS ab. Die Kategorien und die Anzahl der entsprechenden Äusserungen sind in Tabellenform übersichtlich dargestellt.

In Tabelle 6 ist die Beurteilung der Güte nach den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) ersichtlich.

Tabelle 6  
*Gütebeurteilung der Studie von Weber et al. (2007)*

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Positiv	Negativ
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testsituation standardisiert, alle Aufnahmen unter gleichen Bedingungen gemacht</li> <li>• Auswertung der Aufnahmen nach standardisiertem Verfahren</li> </ul>	
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datenerhebung detailliert und verständlich beschrieben</li> <li>• Tonbandaufnahmen immer durch gleiche Person durchgeführt</li> <li>• Transkript einer Patientenvsiste teilweise in Studie ersichtlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stichprobenziehung bleibt teilweise unklar</li> <li>• Informationen zur Datenanalyse fehlen</li> </ul>
Validität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Externe Validität gewährleistet: Grosse Stichprobe → Ergebnisse auf andere Spitäler übertragbar. Zusätzlich differenzierte Betrachtung der verschiedenen Professionen → Aussagen über einzelne Berufsgruppen möglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interne Validität gefährdet: Gefahr einer Selektionsbias, da keine spezifische Stichprobenziehung</li> </ul>



#### 4.2.4 Attending Rounds on the Current Era

##### Zusammenfassung

Die Forscher/Forscherinnen beschrieben, dass sich die Merkmale und Bestandteile der Patientenvisite in den letzten Jahren verändert hätten. Sie nahmen dabei Bezug auf den historischen Hintergrund. Die Forscher/Forscherinnen setzten sich zum Ziel zu erfassen, ob die derzeitige Durchführung der Patientenvisiten der Patientenversorgung entspricht und führten dafür eine prospektive Beobachtungsstudie über die Merkmale der Patientenvisiten durch. Sie entschieden sich für eine deskriptive Querschnittstudie. Diese wurde auf der Allgemeinmedizin von 4 Lehrkrankenhäuser im Zeitraum vom 1. Juli 2010 bis zum 31. März 2012 durchgeführt. Medizinstudenten/Medizinstudentinnen wurden ausgebildet, stille und unauffällige Beobachter zu sein und erhoben die Daten. Es wurden 3 Bereiche von Aktivitäten erfasst: Die Patientenversorgung, die Kommunikations- und die Bildungsaktivität. Nebst diesen direkten Beobachtungen wurde auch eine demographische Umfrage durchgeführt. Diese erfasste die Jahre Praxiserfahrung, Anzahl Wochen auf der Allgemeinmedizin und die Bewertung der Fakultät, wie sie auf die Visiten vorbereitet wurden.

90 Teams haben an der Studie teilgenommen. Die Patientenvisiten dauerten zwischen 25 und 241 Minuten und im Schnitt wurden 9 Patienten/Patientinnen besprochen, wobei der Zeitaufwand pro Patient/pro Patientin bei durchschnittlich 5 Minuten lag. Häufig wurden Themen wie der Pflegeplan, Fragen zur Patientenversorgung, Laborwerte und die bildgebenden Verfahren besprochen. Selten wurde über Hinweise der Pflegefachpersonen, Prophylaxen sowie Zu- und Abgänge diskutiert. Die Patientenvisite fand vielfach nicht mehr am Patientenbett, sondern auf dem Gang oder in Konferenzräumen statt. Wurden die Patientenvisiten von ausgebildetem Personal geführt, wurde vermehrt über Prophylaxen gesprochen, weiteres Krankenhauspersonal miteinbezogen und Feedback abgegeben.

Die Patientenvisite übernimmt eine wichtige Rolle in der Patientenversorgung und Lehrtätigkeit. Vielfach wird beschrieben, dass die Stationsrunden weniger lange dauern würden als früher. Dem ist jedoch nicht so. Im Jahre 2003 wurden 90-100 Minuten für die Patientenvisiten in Anspruch genommen. In der vorliegenden Studie wurden 105 Minuten aufgezeichnet. Sie ist also eine zentrale Aktivität im Gesundheitswesen. Jedoch fehlt es vielfach an interprofessioneller Kommunikation,

welche noch nie so wichtig war wie heute. Eine Kommunikation, bei welcher sich auch das Pflgeteam und die Therapeuten einbringt, kann Gesundheitsvorgänge verbessern.

### Kritische Würdigung

Die Studie trägt Merkmale der Patientenvisten mittels Beobachtungen zusammen und behandelt somit ein zentrales Thema des Praxisalltags. Die Forschungsfrage wird klar formuliert und mit bestehender Literatur in Verbindung gebracht. Es wird keine Hypothese aufgestellt.

Das Forschungsdesign wurde passend zu einer Querschnittstudie gewählt. Die interne und externe Validität wurde nicht weiter erwähnt, und es ist auch nicht ersichtlich, wie die Stichprobe gewählt wurde. Die Forscher/Forscherinnen beschrieben einige Limitationen. Es wurden nur 4 Lehrkrankenhäuser in die Studie miteinbezogen, daher könnten die Ergebnisse für einen grösseren Umfang nicht repräsentativ sein. Zu der Publikationszeit war die vorliegende Studie die grösste und aktuellste Beobachtungsstudie zu diesem Thema, jedoch zeigte auch diese eine geringe Anzahl an Beobachtungen auf. Es ist daher unklar, ob die Ergebnisse anders ausgefallen wären, wären mehr Daten erfasst worden. Die Beobachter waren speziell geschult und hatten keine Beziehung zu den Teilnehmern/Teilnehmerinnen, was einen Pluspunkt darstellt. Die Methode der Erhebung der Daten wurde beschrieben. Ausserdem wurden mehrere Messinstrumente eingesetzt, welche begründet wurden. Verzerrungen sind nicht ersichtlich, auch wurden keine Drop-outs genannt. Auf die Analyse der erhobenen Daten wurde nicht weiter eingegangen. Die Studie enthält Graphiken und Tabellen, welche passend gewählt wurden und in den Text miteinbezogen sind.

Es werden alle Ergebnisse diskutiert und in Bezug zu bereits bestehender Literatur gebracht. Die Interpretationen sind nachvollziehbar und logisch angebracht. Es wurde jedoch nicht nach weiteren, alternativen Erklärungen gesucht. Da der Ablauf und die Analyse der Daten nicht klar beschrieben sind, wäre eine Wiederholung der Studie erschwert. Die Forscher/Forscherinnen plädieren trotzdem auf eine weitere, breiter angelegte Untersuchung, um das Phänomen noch umfassender erfassen zu können. In Tabelle 7 ist die Beurteilung der Güte nach den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) ersichtlich.

Tabelle 7  
*Gütebeurteilung der Studie von Stickrath et al. (2013)*

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Positiv	Negativ
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>geschulte Medizinstudenten/Medizinstudentinnen erhoben Daten</li> <li>Keine Beziehung zwischen Studenten und Teilnehmenden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Daten bestehend aus Beobachtungen</li> <li>demographischer Fragebogen nicht aufgeführt</li> <li>nicht klar, wer Daten auswertete</li> </ul>
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>mehrere evidenzbasierte, bekannte Messinstrumente wurden verwendet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>keine Angaben zur Stichprobe</li> <li>genaue Analyse der Daten nicht nachvollziehbar</li> </ul>
Validität	<ul style="list-style-type: none"> <li>interne Validität gewährleistet (Teilnehmende erleben Phänomen täglich)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>externe Validität nur gering gewährleistet (nur 4 Lehrkrankenhäuser aus Amerika, Teilnehmerzahl nicht genannt, Beobachtungen subjektiv)</li> </ul>

#### 4.2.5 Improving nurse-physician communication and satisfaction in the intensive care unit with a daily goals worksheet

##### Zusammenfassung

Im Gesundheitswesen ist die Kommunikation grundlegend wichtig und kann von verschiedensten Faktoren gestört werden. Dies kann eine ineffektive Pflege zur Folge haben, was zu Fehlern und steigenden Kosten führen kann. Bestehende Literatur bestätigt das bessere Verständnis der Behandlungsziele durch das Durchführen eines Tageszielblattes. Auf dieser Grundlage haben die Forscher/Forscherinnen eine Initiative zur Qualitätsverbesserung auf einer medizinischen Intensivstation gestartet, um festzustellen, ob das Verwenden eines Zielerbeitsblattes die Kommunikation zwischen den Mitgliedern des Gesundheitsteams, des Patienten/der Patientin und den Familienangehörigen verbessert.

Die Studie wurde auf einer Intensivstation des Beth Israel Medical Center, einem 697-Betten-Lehrkrankenhaus, durchgeführt. Durch das Verwenden der Liste soll die Qualität der Versorgung der Patienten/Patientinnen verbessert werden. Sie wurde mit Hilfe von Pflegefachpersonen, Ärzten/Ärztinnen und anderem Krankenhauspersonal entworfen. Alle Mitarbeiter nahmen im Zeitraum Januar 2004 bis März 2004 an der Studie teil. Sie beantworteten einen Fragebogen zur Zufriedenheit der Kommunikation vor Einführung der Checkliste, und einen angepassten Fragebogen danach. Die Daten wurden eine Woche, 6 Wochen und 9 Monate nach Gebrauch der Liste mit Hilfe einer 5-Punkte-Skala erhoben. Diese 9 Monate wurden dann mit der gleichen Zeitspanne des vorherigen Jahres verglichen. Nach 6 Wochen wurde die grösste Verbesserung im Verständnis der Ziele notiert. Die Pflege stieg von einem Wert von 3.9 auf 4.8, die Ärzteschaft von 4.6 auf 4.9. Auch nach 9 Monaten blieben die Werte hoch. Zudem zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Kommunikation (Pflege 3.6 auf 4.3/ Ärzteschaft 3.4 auf 4.7). Nach der Implementierung setzten sich vor allem Pflegefachpersonen für eine Weiterführung der Checkliste ein und waren der Meinung, dass sich das Arbeitsblatt positiv auf das Ergebnis der Patienten/Patientinnen auswirken würde. Durch das Durchführen der Liste sank zudem die mittlere Verweildauer der Patienten/Patientinnen von 6.4 Tagen im Jahre 2003 auf 4.3 Tage im Jahre 2004.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Tagesziel-Arbeitsblatt die Kommunikation unterstützt. Die Forscher/Forscherinnen weisen darauf hin, dass die interprofessionelle Kommunikation verbessert werden könnte, auch wenn dieser Aspekt in der Studie nicht speziell untersucht wurde. Pflegefachpersonen, denen es teilweise nicht möglich ist, an den Patientenvisiten teilzunehmen, bietet das Blatt eine Orientierungshilfe, wie sich der Behandlungsplan gestaltet. Die Tageszielliste wurde als einfach anwendbares, kostengünstiges Arbeitsinstrument, welches minimalen Zeitaufwand in Anspruch nimmt, beschrieben. Zudem kann sie leicht modifiziert und auf andere Institutionen angewendet werden.

### Kritische Würdigung

Die Studie untersucht den Einfluss eines Tagesziel-Arbeitsblattes auf die Kommunikation der Mitglieder des Gesundheitsteams und behandelt damit ein wichtiges Thema, welches verschiedene Berufsgruppen betrifft. Die Forschungsfrage wird klar formuliert.

In der Studie wird kein Forschungsansatz genannt. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich um ein quantitatives Design handelt. Da alle Mitglieder der Intensivstation an der Studie teilnahmen, wurde keine Stichprobe gezogen, zudem wurde nicht genannt, wie viele Teilnehmer/Teilnehmerinnen die Studie zählt. Die genutzten Fragebogen wurden abgebildet. Die Datensättigung und auch die Selbstbestimmung der Teilnehmenden wurden nicht diskutiert. Die Instrumente für die Auswertung der Daten wurden beschrieben, es wird jedoch nicht weiter darauf eingegangen, wer die Daten erhob und anschliessend ausgewertete.

Die Ergebnisse werden übersichtlich dargestellt und diskutiert. Es ist jedoch fraglich, ob die mittlere Verweildauer wie beschrieben durch die Anwendung der Checkliste gesunken ist, da auch andere Faktoren dabei beachtet werden müssen, welche dieses Ergebnis beeinflusst haben könnten. In der Fragestellung wird die Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen, der Ärzteschaft, den Patienten/Patientinnen und der Familie erwähnt. Untersucht wurde jedoch lediglich der Aspekt zwischen den ersten beiden genannten Parteien. Die Forschungsfrage konnte also teilweise beantwortet werden. Für diese Arbeit spielt der untersuchte Aspekt jedoch eine zentrale Rolle, weshalb diese Studie aufgeführt wurde. In Tabelle 8 ist die Beurteilung der Güte nach den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) ersichtlich.

Tabelle 8  
*Gütebeurteilung der Studie von Narasimham et al. (2006)*

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Positiv	Negativ
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Teilnehmenden füllten denselben Fragebogen aus</li> <li>• Fragebogen wurden abgebildet</li> <li>• beeinflussende Faktoren wurden besprochen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9 Monate wurden mit den gleichen Monaten des Vorjahres verglichen (andere Einflussfaktoren könnten eine Rolle spielen)</li> <li>• Ergebnisse wurden nicht rückbesprochen</li> </ul>
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verwendete Messinstrumente wurden aufgeführt</li> <li>• Setting gut beschrieben</li> <li>• verschiedene Messzeitpunkte gewählt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datenauswertung und -analyse nicht nachvollziehbar</li> </ul>
Validität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• interne Validität gewährleistet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• externe Validität nicht gewährleistet (kurze Zeitspanne, Stichprobengrösse nicht ersichtlich)</li> </ul>

#### 4.2.6 Validation of a checklist to assess ward round performance in internal medicine

##### Zusammenfassung

Die Studie von Norgaard et al. (2004) beschreibt, dass es durch wenig Erfahrung und ungenügende Vorbereitung in der Ausbildung der Fachpersonen zu Schwierigkeiten in der Durchführung der Patientenvisiten kommen kann. Aus diesem Grund wurde eine Checkliste in Zusammenarbeit mit 8 Universitätsspitalern erstellt, die in der Praxis als Lern- sowie Beurteilungsinstrument getestet wurde. Sie bestand aus 10 Punkten, die in 3 Kategorien unterteilt waren:

- 2 Punkte zur Vorbereitung der Patientenvisite
- 5 Punkte zur Durchführung der Patientenvisite
- 3 Punkte zur Nachbesprechung und Problemen der Patientenvisite

Die Forschenden wählten für die Studie das quantitative Design. In einem ersten Schritt wurde die Checkliste allen angestellten Ärzten/Ärztinnen des Departementes Innere Medizin von insgesamt 4 Universitätsspitalern gemailt, die diese mit einem Fragebogen auf ihre Relevanz und Vollständigkeit beurteilen sollten. In einem weiteren Schritt wurde die Checkliste in der Praxis auf ihre Validität geprüft. Ein geschulter Beobachter verwendete sie, um 32 Patientenvisiten zu beurteilen. Die durchführenden Ärzte/Ärztinnen wurden zuerst nach ihren Erfahrungsgraden in 4 Kategorien eingeteilt: Assistenzärzte zu Beginn der Ausbildung, erfahrene Assistenzärzte, Spezialisten in der Ausbildung sowie ausgebildete Spezialisten. Alle wurden anhand der Checkliste zum einen vom Beobachter, zum andern von der an der Patientenvisite teilnehmenden Pflegefachperson beurteilt.

Die Umfrage bei den Ärzten/Ärztinnen zeigte, dass alle Punkte der Checkliste als relevant beurteilt wurden. 86% der befragten Personen gaben an, den Umfang der Liste als umfassend oder in hohem Mass umfassend zu beurteilen.

Die Checkliste wurde in der Praxis bei verschiedenen Ärzten/Ärztinnen mit unterschiedlichem Fachwissen getestet, wobei signifikante Unterschiede zwischen den Assistenzärzten mit wenig Erfahrung und erfahrenen Assistenzärzten sowie zwischen Spezialisten in der Ausbildung und ausgebildeten Spezialisten festgestellt wurden. Es zeigte sich, dass je mehr Erfahrung die Ärzte/Ärztinnen hatten, desto besser schnitten sie bei der Beurteilung der Patientenvisite anhand der Checkliste ab.

Die Auswertung der Fragebogen zur Checkliste ergab, dass der Punkt „Bewertung der Patientenvisite im Team“ als am wenigsten relevant beurteilt wurde. Die Forscher machen darauf aufmerksam, dass es in der Praxis nicht üblich ist, Arbeitsabläufe innerhalb des interprofessionellen Teams zu verbalisieren, Teamarbeit zu bewerten und zu reflektieren. Sie machen deutlich, dass der interprofessionellen Teamarbeit mehr Beachtung geschenkt werden muss. Ebenfalls wird deutlich, dass während der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonals die Patientenvisite vertieft thematisiert und geübt werden sollte. Die Checkliste könnte dafür ein geeignetes Mittel sein.

### Kritische Würdigung

Die Studie befasst sich mit einem relevanten Thema für die Berufsgruppen der Ärzte/Ärztinnen und der Pflege. Das Studiendesign wird nicht diskutiert, es scheint zum Erreichen des Forschungszieles jedoch zielführend zu sein. Die Checkliste ist der Studie vollständig zu entnehmen, was die Reliabilität gewährleistet. Die Stichprobenziehung ist angebracht, beschränkt sich jedoch auf Gesundheitsfachpersonen des Departementes Innere Medizin, was die Übertragbarkeit auf andere Stationen einschränkt. Die Datenerhebung ist bei allen Teilnehmenden gleich.

Das Vorgehen der Datenanalyse ist knapp beschrieben und nicht vollständig nachvollziehbar.

Bei der Anwendung der Checkliste in der Praxis ist die Stichprobengrösse angemessen. Sie wird jedoch nicht diskutiert und auch die Stichprobenziehung wird nicht näher beschrieben. Auch das Vorgehen bei der Datenanalyse ist eher knapp dargelegt.

Die Ergebnisse werden verständlich dargestellt und graphisch ergänzt. Es kann daraus entnommen werden, dass nicht alle Daten normalverteilt waren. Da bei den Untersuchungen nur ein Beobachter anwesend war, könnte es zu Verzerrungen in der Interrater-Reliabilität gekommen sein. Die Interpretation der Ergebnisse erscheint logisch, dient einem besseren Verständnis der Ergebnisse und wird mit bereits vorhandener Literatur untermauert. In Tabelle 9 ist die Beurteilung der Güte nach den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) ersichtlich.



Tabelle 9  
Gütebeurteilung der Studie von Norgaard et al. (2004)

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Positiv	Negativ
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gleicher Fragebogen für alle befragten Ärzte/Ärztinnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forscher waren über Bildungsniveau der Ärzte/Ärztinnen in Kenntnis, Ansatz jedoch bewusst gewählt</li> <li>• Nicht klar, ob Beobachter der Patientenvsiste dem Forschungsteam angehörte oder nicht (mögliche Verzerrung)</li> <li>• Nur ein Beobachter anwesend (mögliche Verzerrung Interrater-Reliabilität)</li> </ul>
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchte Checkliste in Studie abgebildet</li> <li>• Messinstrumente klar beschrieben und diskutiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragebogen zur Befragung der Ärzte/Ärztinnen in Studie nicht abgebildet</li> <li>• Datenerhebung und –analyse nicht vollständig nachvollziehbar</li> </ul>
Validität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Externe Validität gewährleistet, da es sich um eine grosse Stichprobe handelt und Ergebnisse auch auf andere Spitäler übertragbar erscheinen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interne Validität schwer beurteilbar, da Ausmass von Bias nicht diskutiert oder getestet wurde</li> </ul>

#### 4.2.7 Development of a checklist for documenting team and collaborative behaviors during multidisciplinary bedside rounds

##### Zusammenfassung

Teamarbeit und interprofessionelle Zusammenarbeit sind zentral für die Verbesserung von Gesundheitsergebnissen und Patientensicherheit. Um diese Parameter zu bewerten, wurde in der Studie von Henneman et al. (2013) eine Checkliste entwickelt, um objektive Daten über das teambezogene Verhalten von Gesundheitsfachpersonen, Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen zu sammeln. Die quantitative Studie wurde auf 3 allgemeinmedizinischen Abteilungen eines Universitätsspitals durchgeführt. Nach der Entwicklung der Checkliste wurde sie in einem zweiten Schritt über einen Zeitraum von 6 Monaten in der Praxis getestet. Dabei wurde die Checkliste von geschulten Beobachtern während der Patientenvisite eingesetzt. Sie hielten sich im Hintergrund auf und waren angewiesen, die Qualität anhand der Checkliste zu beurteilen. Zusätzlich wurden die Validität, Zuverlässigkeit und Benutzerfreundlichkeit des Instruments evaluiert. Anhand der Beobachtungen wurde die Checkliste von den Forschenden laufend überarbeitet. Die endgültige Version bestand aus 23 Punkten, unter anderem:

1. Anwesenheit und Beteiligung von Pflegefachpersonen
2. Einbezug und Beteiligung der Patienten/Patientinnen
3. Entwicklung von Pflegeplänen und –zielen
4. Einbezug der Angehörigen
5. Einsatz von Technologien
6. Umgang der Fachpersonen mit Patienten/Patientinnen

Alle 23 Punkte konnten mit „Ja“, „Nein“ oder „nicht anwendbar“ bewertet werden.

Als Ergebnis der Anwendung in der Praxis konnten die Forschenden eine valide und zuverlässige Anleitung zur Erfassung von objektiven Daten des Team- und Kooperationsverhaltens von Ärzten/Ärztinnen, Pflegefachpersonen, Patienten/Patientinnen und Angehörigen in Form einer Checkliste entwickeln. Nach einer kurzen Schulung, die laut den Forschenden etwa 30 Minuten betragen würde, kann sie in der Praxis angewendet werden und das Verhalten der Teammitglieder effektiv erfassen und objektiv beurteilen.

Die Forschenden wiesen auf die Wichtigkeit hin, dass Fachpersonen physisch eine Umgebung schaffen sollen, in der alle Mitglieder des Teams wie auch

Patienten/Patientinnen und ihre Angehörigen einander während der Patientenvisite sehen und hören können. Obwohl dieser Punkt nicht explizit untersucht wurde, unterstrichen sie, dass eine Person schnell am Rande des Prozesses stehen könnte, wenn sich selbst oder ihren Beitrag als nicht wesentlich ansieht.

### Kritische Würdigung

Mit dem Ziel, anhand der Entwicklung einer Checkliste die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern, stellt die Studie ein wichtiges Thema für die Qualität der Pflege dar. Das quantitative Studiendesign erscheint sinnvoll, wird jedoch nicht diskutiert und begründet. Das methodische Vorgehen bleibt in vielen Bereichen unklar. Der Entwicklungsprozess der Checkliste ist verständlich dargestellt. Es bleibt jedoch unklar, wie gross die Stichprobe bei der Anwendung in der Praxis war und bei wie vielen Patientenvisiten die Checkliste eingesetzt wurde. Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung ist unklar erläutert. Die Testbedingungen und das Setting werden verständlich geschildert, es kann jedoch nicht abgeleitet werden, ob die Methoden bei allen Teilnehmenden gleich waren oder immer die gleiche Person des Forschungsteams zur Beurteilung an den Patientenvisiten teilgenommen hat. Die Checkliste konnte als valide und zuverlässig erklärt werden; wie die Forschenden zu diesem Schluss gekommen sind, bleibt jedoch unklar. Positiv ist, dass die Checkliste und Teile des dazu gehörenden Handbuches in der Studie ersichtlich und somit nachvollziehbar sind.

Die einzelnen Schritte der Datenanalyse sind nicht beurteilbar.

Die Studie erscheint nur teilweise sinnvoll, da ein grosser Teil des methodischen Vorgehens unklar bleibt und die Beurteilung der kurz beschriebenen Resultate erschwert. In Tabelle 10 ist die Beurteilung der Güte nach den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) ersichtlich.

Tabelle 10  
*Gütebeurteilung der Studie von Henneman et al. (2013)*

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Positiv	Negativ
Objektivität		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisierung der Testsituation nicht bewertbar</li> <li>• Unklar, ob Datensammlung immer durch gleiche Person des Forschungsteams</li> <li>• Kriterien für Beurteilung des Instruments unklar</li> </ul>
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Checkliste und Teile des Handbuches aufgeführt in Studie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Methodisches Vorgehen unklar beschrieben</li> <li>• Replizierbarkeit eingeschränkt</li> </ul>
Validität		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interne Validität schwer beurteilbar, da Versuchsleiterverhalten unklar und keine Stichprobe gezogen wurde</li> <li>• Externe Validität schwer beurteilbar da unklar bleibt, inwiefern sich die Ergebnisse generalisieren lassen</li> </ul>

#### 4.2.8 Structured interdisciplinary bedside rounds in an Australian tertiary hospital emergency department: Patient satisfaction and staff perspectives

##### Zusammenfassung

Zeitdruck führt im Gesundheitswesen dazu, dass wesentliche klinische Prozesse wie Patientenvisiten gekürzt werden und somit die Qualität abnimmt. Das Ziel der Studie von Chow et al. (2018) bestand darin, strukturierte interdisziplinäre Patientenvisiten (SIBR) als Instrument zur Verbesserung des Informationstransfers zu testen und die Patientenzufriedenheit und die Perspektive des Personals im Vergleich zur Durchführung von traditionellen medizinischen Visiten (TR) zu erheben. Ebenso sollte der Faktor Zeit zwischen den beiden Arten von Patientenvisiten verglichen werden.

Die Forschenden entschieden sich für die Durchführung einer Querschnittsstudie und somit den quantitativen Ansatz. Das Konzept von SIBR wird im Methodenteil erläutert. Es musste während dieser Art von Patientenvisite immer mindestens ein Arzt/eine Ärztin und eine Pflegefachperson anwesend sein. Patienten/Patientinnen und ihre Angehörige mussten die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen. Mindestens 2 der 4 folgenden Kriterien mussten ebenfalls erfüllt sein: Die Mehrheit des Teams stellt sich vor, Patienten sind in Diskussionen involviert oder werden angesprochen, Probleme werden im Team diskutiert und die nächsten Schritte werden mit den Patienten/Patientinnen besprochen.

Die Forschenden waren während den Patientenvisiten anwesend und klassifizierten jede Visite auf der Station als SIBR oder TR, basierend auf den oben genannten Kategorien. Die Zeit wurde bei jedem Gespräch zusätzlich gemessen.

Um die Patientenzufriedenheit zu beurteilen, wurden die Patienten/Patientinnen nach der Visite mit einem anonymen Fragebogen befragt. 320 dieser Befragungen konnten verwendet werden. Um die Perspektive des Personals zu beurteilen, wurden 131 Fragebogen von Ärzten/Ärztinnen und von Pflegefachpersonen mit verschiedenen Ausbildungsniveaus ausgefüllt.

Die Ergebnisse zeigten, dass strukturierte interdisziplinäre Patientenvisiten signifikant länger dauerten als traditionelle medizinische Visiten. Die befragten Patienten/Patientinnen der SIBR-Gruppe hatten jedoch eine höhere Zufriedenheit als jene der TR-Gruppe. Es zeigte sich, dass es Patienten/Patientinnen wichtig ist, während der Patientenvisiten mit den Fachpersonen zu kommunizieren und dabei

Fragen stellen zu können. Die Studie zeigte, dass dies besser mit der Durchführung von SIBR umgesetzt werden kann.

Auch alle befragten Fachpersonen erlebten die SIBR besser als die TR und äusserten eine höhere Zufriedenheit. SIBR-Befürworter argumentierten mit besserer Teamarbeit, für die Kritiker von SIBR war vor allem die längere Dauer der Patientenvisiten von Bedeutung. Mehrere Teilnehmer äusserten, dass Pflegefachpersonen an interdisziplinären Visiten zu wenig Mitspracherecht hätten und nahmen diese als Diskussion unter Ärzten wahr.

Die Untersuchungen in der Praxis zeigen auf, dass aktuell deutlich mehr traditionelle medizinische Visiten als strukturierte interdisziplinäre Patientenvisiten durchgeführt werden und weisen auf den Handlungsbedarf hin.

### Kritische Würdigung

Die Studie behandelt die Wirkung von interdisziplinären Patientenvisiten und beantwortet damit wichtige Fragen der Pflege, wobei Pflegefachpersonen nach ihrem Erleben befragt wurden. Das Ziel der Forschungsarbeit ist klar ersichtlich.

Die Wahl des Studiendesigns erscheint sinnvoll, wird jedoch nicht diskutiert. Die Stichprobenwahl ist angebracht und klar. Die Stichprobenziehung der Patienten/Patientinnen geschah zufällig und Drop-outs werden diskutiert. Die Stichprobenziehung bei der Untersuchung der Sichtweise des Personals bleibt zu grossen Teilen unklar. Die Grösse der Stichprobe scheint angemessen und gibt einen Überblick über verschiedene Meinungen von Gesundheitsfachpersonen mit unterschiedlichen Erfahrungen in ihren jeweiligen Professionen.

Die Datenerhebung ist bei allen Teilnehmenden gleich und nachvollziehbar. Beide für die Befragungen verwendeten Fragebogen wurden im Vorfeld geprüft und sind in der Studie ersichtlich. Die Messinstrumente sind reliabel und scheinen angemessen, wobei deren Wahl nicht begründet wird.

Die Ergebnisse sind verständlich sowie umfassend dargestellt und werden graphisch mit Tabellen untermauert.

Die Forscher diskutieren die Wichtigkeit für Pflegefachpersonen, sich aktiv an den Patientenvisiten zu beteiligen und somit ein Teil des Prozesses zu werden.

In Tabelle 11 ist die Beurteilung der Güte nach den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) ersichtlich.

Tabelle 11  
*Gütebeurteilung der Studie von Chow et al. (2018)*

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Positiv	negativ
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Teilnehmenden füllten denselben Fragebogen aus</li> <li>• Forschende waren an Datenerhebung nicht beteiligt, was Verzerrungen ausschliesst</li> </ul>	
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragebogen sind in Studie ersichtlich</li> <li>• Datenanalyse klar beschrieben</li> <li>• Methode klar verständlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grund, weshalb 43 Patienten Fragebogen nicht beantworteten, bleibt unklar (Drop-outs)</li> </ul>
Validität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viele Teilnehmende → erhöht Übertragbarkeit</li> <li>• Ergebnisse zu verschiedenen Berufsgruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interne Validität eingeschränkt (Beeinflussung von aussen bleibt unklar)</li> <li>• Persönliche Beziehung zwischen Ärzten und Pflege bleibt unklar → mögliche Verzerrung?</li> <li>• Externe Validität eingeschränkt (Ergebnisse aus Notfallstation, nicht vollständig übertragbar auf andere Stationen)</li> </ul>

#### 4.2.9 Introduction of a new ward round approach in a cardiothoracic critical care unit

##### Zusammenfassung

Die Forscher/Forscherinnen wollten die Patientenvisite umstrukturieren und erfassen, wie effektiv der neue Ansatz in der Praxis erlebt wird. 75 qualifizierte Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen einer kardiologischen Intensivstation wurden in die Studie miteinbezogen. Ein Beobachter erfasste 6 Wochen die aktuelle Situation, um das Verbesserungspotential und die Notwendigkeit einer Umstrukturierung zu erfassen. Anschliessend wurde die MINDERS-Checkliste in der Praxis eingeführt, welche Punkte enthielt, die besprochen werden sollten. Die Mitarbeitenden erhielten eine laminierte Karte, welche sie auf ihrem Personalausweis tragen konnten. Die Daten wurden mittels semi-strukturierten Interviews, Papierfragebogen und elektrischen Fragebogen erhoben. Zudem wurden Beobachtungsaudits durchgeführt. Die Studie basierte auf einem Mixed-Methods-Ansatz.

Die Ergebnisse wurden in 4 Kategorien eingeteilt. Die Checkliste erhöhte die Beteiligung des Pflegepersonals an der Patientenvisite und bot für diese Berufsgruppe mehr Möglichkeit, sich aktiv einzubringen. Die Wichtigkeit dieses Aspektes wurde durch das zusätzliche Wissen der Pflegefachpersonen zum Zustand des Patienten/der Patientin gerechtfertigt. Zudem konnten durch die MINDERS-Checkliste Auslassungen und Fehler minimiert werden. Auch die Patientenversorgung verbesserte sich, da das Arbeiten mit der Liste eine Übersichtlichkeit des Versorgungsplans gewährte. Die Checkliste diente zudem als Erinnerung, wichtige Aspekte und Vorschläge zu diskutieren, welche ansonsten möglicherweise nicht besprochen worden wären.

Anhaltende Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Ärzten/Ärztinnen und den Pflegepersonen wurden erfasst. Diese führten vermehrt zu Frustration seitens der Pflegefachpersonen, welche sich dann nicht mehr in der Lage fühlten, Kritik oder Verbesserungsvorschläge anzubringen.

Die Checkliste wurde als eine einfach durchführbare und kostengünstige Initiative zur Verbesserung der Patientensicherheit wahrgenommen.



## Kritische Würdigung

Die Studie befasst sich mit der Umstrukturierung der Patientenvsiste und dadurch einem stets aktuellen Thema, welches auch das Pflegepersonal täglich betrifft. Die Forscher/Forscherinnen formulierten anstelle einer generellen Fragestellung mehrere Fragen, welche durch die Einführung einer Checkliste beantwortet werden sollten. Die Signifikanz wird diskutiert und durch die kleine Stichprobengrösse eingeschränkt. Wie diese Stichprobe gewählt und die Daten genau erhoben wurden, geht aus der Studie nicht klar hervor. Der ethische Aspekt wurde genauer ausgeführt. Es handelt sich bei dieser Studie um ein Serviceverbesserungsprojekt, trotzdem wurden mehrere ethische Genehmigungen eingeholt. Auch die Wahl der Checkliste ist aufgeführt und nachvollziehbar beschrieben.

Durch das Fehlen der genauen Datenauswertung ist nicht klar ersichtlich, wie die Ergebnisse entstanden sind. Sie sind jedoch logisch gegliedert und mit passenden Zitaten unterlegt, was es ermöglicht, dass Phänomen als Ganzes zu verstehen. Es konnten alle anfangs gestellten Fragen beantwortet werden. Das Phänomen wurde durch die Ergebnisse unter Einbezug von bereits bestehender Literatur vollumfänglich beleuchtet. Mehrere Male wurde ein direkter Bezug auf die Arbeit als Pflegefachperson genommen.

Stärken und Schwächen der Studie wurden diskutiert sowie beeinflussende Faktoren genannt. Die Schlussfolgerung fasst die wichtigsten Punkte noch einmal kurz zusammen und rundet die Studie ab. In Tabelle 12 ist die Beurteilung der Güte nach den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) ersichtlich.

Tabelle 12  
*Gütebeurteilung der Studie von Shaughnessy et al. (2015)*

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Positiv	Negativ
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Triangulation durchgeführt</li> <li>• alle Teilnehmenden erhielten dieselben Fragebogen</li> <li>• mehrere Fragebogen wurden verwendet</li> <li>• MINDERS-Checklist wurde in der Studie aufgeführt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nicht alle Fragebogen wurden aufgeführt</li> <li>• Beobachtungen wurden nur durch einen Forschenden erhoben</li> <li>• Ergebnisse wurden nicht mit einer externen Person rückbesprochen</li> </ul>
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datenerhebung wurde durch gleiche Person getätigt</li> <li>• Prozess der Aufklärung der Teilnehmenden wurde genau beschrieben</li> <li>• Setting und Teilnehmende werden verständlich beschrieben</li> <li>• Drop-outs erwähnt und begründet</li> <li>• Passende und plausible Zitate aufgeführt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datenerhebung und -analyse nicht genau beschrieben</li> <li>• keine Stichprobe gezogen</li> </ul>
Validität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Triangulation durchgeführt</li> <li>• interne Validität gewährleistet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Externe Validität nicht gewährleistet</li> <li>• wenige Teilnehmende, zudem alle aus einem Krankenhaus stammend</li> <li>• Beobachtungen können subjektiv beeinflusst sein</li> <li>• kurze Zeitspanne (6 Wochen)</li> <li>• kein Member-Check</li> </ul>

#### 4.2.10 Use of a Daily Goals Checklist for Morning ICU Rounds: A Mixed-Methods Study

##### Zusammenfassung

Für die Betreuung von Patienten/Patientinnen benötigt es ein interdisziplinäres Team. Der wichtigste Rahmen der Kommunikation in diesem Team bietet die Patientenvisite. Um eine Verbesserung dieser Patientenvisiten zu erzielen, existieren verschiedenste Hilfsmittel, einige davon sind Checklisten. Die Forscher/Forscherinnen formulierten das Ziel, die Perspektiven und Einstellungen multidisziplinärer Kliniken bezüglich der Verwendung einer «Daily Goals Checklist» bei den Patientenvisiten zu erfassen.

Die Studie wurde auf einer chirurgischen Intensivstation mit 15 Betten in einem tertiären Krankenhaus durchgeführt. Die DGC («Daily Goals Checklist») wurde im Jahre 2010 in Papierform, mit Checkboxen und leeren Abschnitten, und aufgrund der besseren Sichtbarkeit auf blauem Papier eingeführt. Die Liste verfügt über mehrere Abschnitte. Ein Teil wird vor der Visite ausgefüllt, meist durch die Nachtwache der Pflege und überprüft durch den Frühdienst. Das ärztliche Team füllt dann den Abschnitt «Visite» während der Durchführung aus.

Die Forscher/Forscherinnen nutzten ein Mixed-Methods-Design. 2 Ermittler nahmen jeweils an den Visiten teil und machten Beobachtungen, um zu erfassen, wie die DGC eingesetzt wurde. Die abgeschlossenen DGC wurden von 3 Prüfern mitanalysiert und es wurden semi-strukturierte Einzel- und Fokusgruppeninterviews durchgeführt.

**Feldbeobachtungen:** 93 % der Visiten wurden abgeschlossen. Ein Leiter übernahm jeweils die Überprüfung der Liste und besprach die notierten Anliegen. Die meisten Mitglieder waren aufmerksam und engagiert. Fragen wurden diskutiert, Überlegungen und Anpassungen zu den Pflegeplänen unternommen.

**Dokumentenanalyse:** Es wurden 72 abgeschlossene DGC quantitativ analysiert, dabei wurden verschiedene Schwerpunkte erfasst. Das Pflegefachpersonal nutzte die DGC, um Fragen zu klären und um auf Bereiche aufmerksam zu machen, welche neu evaluiert werden mussten und wo Bedarf nach Beratung bestand.

**Interviews:** 56 Personen nahmen an den Interviews teil, niemand lehnte die Teilnahme ab. Die Forscher/Forscherinnen definierten 3 Hauptthemen. Es wird nachfolgend jedoch nur auf die 2 für die Beantwortung der Fragestellung relevanten Themen eingegangen:

- *Auswirkung auf die Kommunikation:* Die DGC fördert einen systematischen Ansatz. Alle wichtigen Punkte können strukturiert, organisiert und zuverlässig diskutiert werden. Zudem ermöglicht die Checkliste, eine multidisziplinäre Einbindung in den Pflegeplan. Alle an der Patientenvisite anwesenden Personen können einen Input geben und sich aktiv in den Prozess einbringen. Die DGC wurde als kontinuierliche, leicht zugängliche Informationsquelle wahrgenommen.

- *Auswirkung auf die Patientenversorgung:* Durch die DGC kann sich das Team auf die wichtigsten Punkte konzentrieren, trotzdem wird ein vollumfängliches Bild gestaltet. Sie gewährleistet einen umfassenden Versorgungsansatz. Fehler und Auslassungen können minimiert werden. Einen Nachteil stellen mögliche Wiederholungen dar. Die DGC hilft zudem, sich auf die individuellen Ziele der Patienten/Patientinnen zu fokussieren. Die Patientenvisite kann durch verschiedenste Faktoren unterbrochen werden, in einem solchen Fall kann die Liste als Orientierungshilfe genutzt werden. Die Checkliste regt eine Längssicht an und die Dynamik der Genesung wird sichtbar. So kann sich keine therapeutische Trägheit einstellen.

Die DGC wird in der Praxis als schnelles, einfaches und kostengünstiges Werkzeug für Patientenvisiten mit positiven Auswirkungen auf die Kommunikation und Patientenversorgung wahrgenommen. Die effektive Nutzung der DGC kann die interprofessionelle Kommunikation ergänzen, die Patientensicherheit steigern und die Dynamik im Versorgungsprozess fördern.

## Kritische Würdigung

Die Patientenvisite betrifft verschiedenste Berufsgruppen, unter anderem auch das Pflegepersonal. Die Studie behandelt daher ein für im Gesundheitswesen relevantes Thema. Das Ziel der Studie wurde klar definiert und mit bestehender Literatur in Verbindung gebracht.

Für die Studie wurde ein Mixed-Methods-Design verwendet, welches begründet wurde. Das Setting und die Teilnehmenden wurden kurz beschrieben. Für die Interviews wurden eine zielgerichtete, eine komplette und eine Konversationsstichprobe genutzt. Die analytischen Schritte wurden beschrieben, dabei wurde auch auf Verzerrungen geachtet. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Coprüfer codierten zudem eine Teilmenge an Transkripten. Es fanden zweimonatliche Codiersitzungen statt. Die Forscher und Berater arbeiteten eng zusammen (axiale Codierung) und die Entscheidungen und Revisionen wurden dokumentiert. Es wurden verschiedene Triangulationen sowie ein Member-Check durchgeführt. Die Studie wurde ethisch genehmigt.

Die Ergebnisse sind mit passenden Zitaten untermalt und logisch aufgeteilt. Dadurch wird das Phänomen von verschiedenen Seiten beleuchtet und übersichtlich dargestellt.

Die Forschungsfrage konnte durch die Durchführung der Studie beantwortet werden und das Phänomen wurde durch das Lesen vollumfänglich verstanden. Die Schlussfolgerung rundet die Studie ab und fasst noch einmal kurz und bündig zusammen. In Tabelle 13 ist die Beurteilung der Güte nach den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) ersichtlich.

Tabelle 13  
*Gütebeurteilung der Studie von Centofanti et al. (2014)*

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Positiv	Negativ
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verschiedene Triangulationen angewandt</li> <li>• der Entscheidungspfad wurde dokumentiert</li> <li>• Codiersitzungen fanden statt</li> <li>• Personen mit Erfahrung in der Forschung</li> <li>• Member-Check durchgeführt</li> <li>• Auslassungen wurden beschrieben</li> </ul>	
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setting genau beschrieben</li> <li>• Datenerhebung und verwendete Messinstrumente beschrieben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datenauswertung nicht genau beschrieben</li> <li>• Stichprobenziehung nicht klar</li> <li>• Beobachtungen können subjektiv geprägt sein</li> </ul>
Validität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interne Validität gewährleistet (durch Triangulation wurde Risiko für Verzerrungen minimiert)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• externe Validität nicht gewährleistet (nicht alle Befragten nutzten die Checklist gleich oft. Zudem eine Single-center-Studie)</li> </ul>

## 5 Diskussion

Im Kapitel 5 werden die Ergebnisse aus den bearbeiteten Studien strukturiert und diskutiert. In der folgenden Grafik wird die Fragestellung nochmals aufgeführt und daraus resultierende, beeinflussende Faktoren formuliert, welche im Kapitel 5.1 besprochen werden. Zusätzlich sind der Grafik Lösungsansätze zu entnehmen, auf die im Kapitel 5.3 näher eingegangen wird.

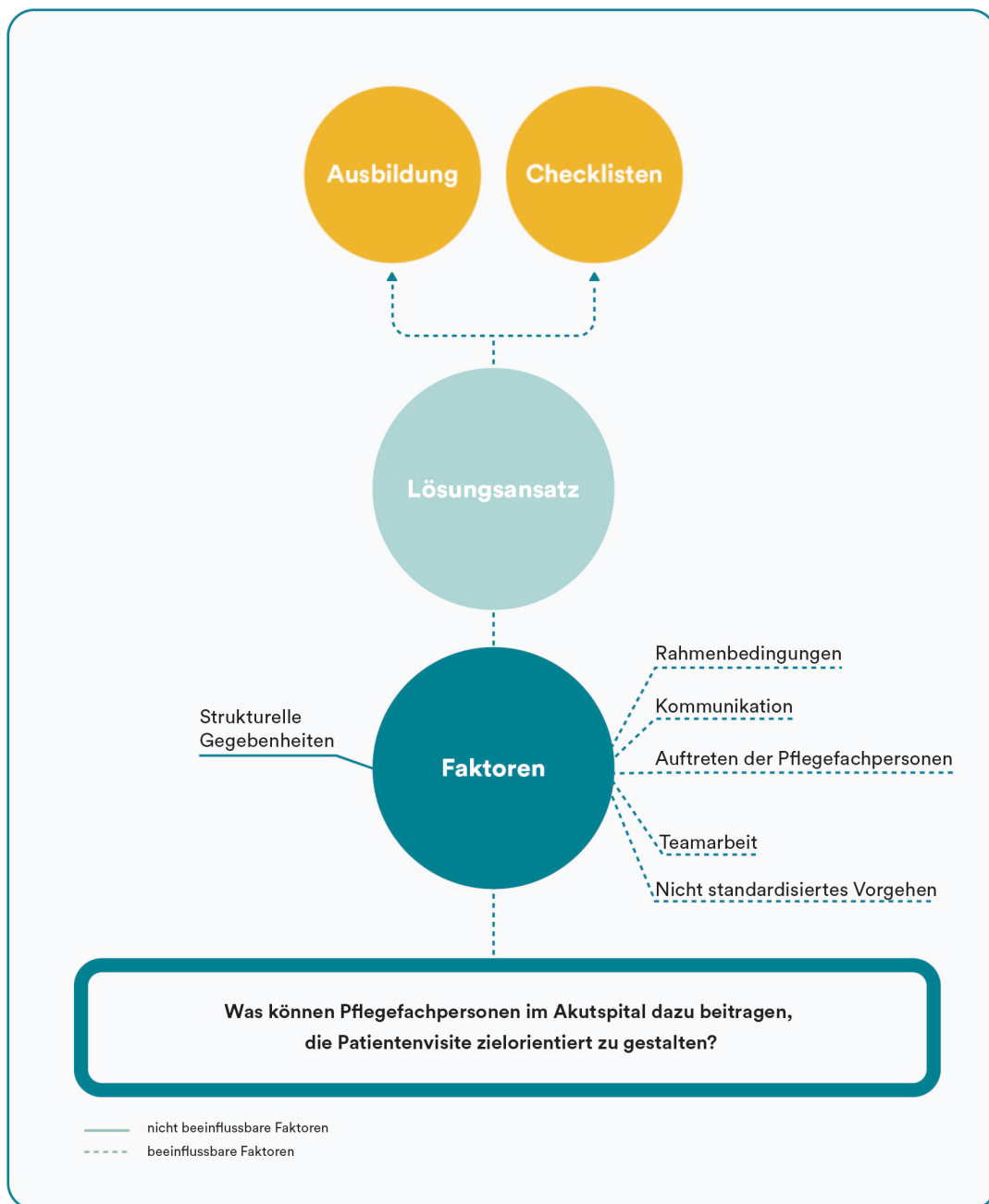


Abbildung 3 Graphische Darstellung der Diskussion

## **5.1 Inhaltliche Diskussion der Ergebnisse**

### **5.1.1 Strukturelle Gegebenheiten**

Verschiedenste Faktoren können die Patientenvisite und deren Verlauf beeinflussen. Dazu gehören auch die strukturellen Gegebenheiten, welche nicht oder nur schwer veränderbar sind. Eine effektive Verbesserung der Patientenvisite kann nur unter Berücksichtigung dieser Faktoren erfolgen (Tang et al., 2018).

Die verschiedenen Berufsgruppen stehen unter einer hohen klinischen Belastung. Grund dafür sind unter anderem die zunehmenden administrativen Aufgaben, welche einen enormen Arbeitsaufwand mit sich bringen. Zusätzlich sind die konkurrierenden Prioritäten der Pflegefachpersonen in Betracht zu ziehen. Durch das breite Kompetenzspektrum der Pflege fallen verschiedene Aufgaben an, welche in der Schicht erfüllt werden müssen. Dadurch wird ein gemeinsames Planen der Patientenvisite erschwert. Letztere wird daher teilweise ohne Einbezug des Pflegefachpersonals durchgeführt (Tang et al., 2018). Dies bringt verschiedene negative Aspekte mit sich, auf welche in den folgenden Kapiteln näher eingegangen wird.

### **5.1.2 Rahmenbedingungen**

Wie bereits erwähnt, beschreibt die Studie von Tang et al. (2018), dass die Teilnahme der Pflegefachpersonen an den Patientenvisiten nicht immer möglich ist. Laut Norgaard et al. (2004) sind Pflegefachpersonen vermehrt im frühen Stadium des Spitalaufenthaltes oder bei Veränderungen des Zustandes der Patienten/Patientinnen anwesend. Nicht nur die Teilnahme der Pflegefachpersonen wird als wichtiger Aspekt angesehen. Es sollen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die allen Berufsgruppen die Teilnahme ermöglicht (Chow et al., 2018). Diese Gruppen arbeiten unter den oben genannten strukturellen Gegebenheiten und in einer eigenen Arbeitsstruktur. Die Theorie ist nicht leicht in die Praxis umzusetzen, da das gemeinsame Planen oft schwer realisierbar ist.

Die Studie von Henneman et al. (2013) beschreibt zudem, dass physisch eine Umgebung geschaffen werden soll, welche es den Gesundheitsfachpersonen, Patienten/Patientinnen und Angehörigen während der Patientenvisite ermöglicht, gesehen und gehört zu werden. Um diesen Aspekt erfolgreich in die Praxis implementieren zu können, muss die Intrastruktur der jeweiligen Institutionen



berücksichtigt werden. Aufgrund unzureichender Platzverhältnisse und mangelndem Angebot an zur Verfügung stehenden Räumen ist fraglich, inwiefern diese Forderung umgesetzt werden kann. Trotzdem sollen die Beiträge der Beteiligten als wichtig erachtet werden, damit alle in den Prozess involviert sind.

Der Einbezug des interprofessionellen Teams in die Patientenvisite kann zu einem grösserem Zeitaufwand führen, jedoch zeigt die Studie von Chow et al. (2018), dass sich das Zeit nehmen lohnt. Trotz der verlängerten Dauer weisen die interprofessionell durchgeführten Patientenvisiten sowohl für das Gesundheitsfachpersonal, wie auch für die Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen positive Effekte auf, worauf in den folgenden Kapiteln der Diskussion näher eingegangen wird. Auch wenn positive Effekte durch den Einbezug des Teams resultieren, stellt sich die Frage, inwiefern der Faktor Zeit ein Hindernis darstellt. In der durchschnittlichen Dauer der Patientenvisite sind die Ergebnisse der verschiedenen Studien inkongruent. Gemäss Weber et al. (2007) werden für eine Patientenvisite im Durchschnitt 7.5 Minuten pro Patient/Patientin aufgewendet. Im Vergleich zu den durchschnittlich 5 Minuten in der Studie von Stickrath et al. (2013) oder der noch kürzeren Dauer bei Chow et al. (2018) von 122 Sekunden, sprich etwas über 2 Minuten, berichten Weber et al. (2007) also vom grössten Zeitaufwand. Aus Sicht der Patienten/Patientinnen, welche stationär hospitalisiert sind, können die Informationen, welche in diesen wenigen Minuten übermittelt werden, subjektiv als eine überwältigende Informationsflut wahrgenommen werden. Trotzdem fühlen sie sich schlecht aufgeklärt, da sie beispielsweise Erklärungen erhalten, die sie nicht angefordert haben oder sie den Gesprächen nicht folgen können (Weber et al., 2007). Durch die Tatsache, dass die Patientenvisite unter den Fachpersonen bereits auf den Spitalgängen begonnen wird, können wichtige Informationen für den Patienten/die Patientin verloren gehen (Stickrath et al., 2013).

### 5.1.3 Nicht standardisiertes Vorgehen

Fachpersonen sollen verhindern, dass während der Patientenvisite wichtige Informationen verloren gehen. In der Praxis wird oft kein Standard für das Abhalten der Patientenvisite verwendet, wodurch die Vollständigkeit der Daten nicht gewährleistet werden kann.

Häufige Themen der Patientenvisite stellen das Besprechen des Pflegeplans, der labortechnischen und bildgebenden Verfahren, sowie Fragen zur Patientenversorgung dar. Wenig wird jedoch über Hinweise der Pflegefachpersonen diskutiert sowie Prophylaxen angesprochen (Stickrath et al., 2013). Dies zeigt auf, dass oft nur Teilbereiche des Behandlungsplans besprochen werden und eine vollumfängliche Betrachtung der Patientensituation fehlt.

Die Studie von Centofanti et al. (2014) zeigt auf, dass der Gebrauch einer standardisierten Checkliste für die Patientenvisite einen systematischen Ansatz fördert. Durch eine solche Checkliste wird auf wichtige Bereiche in der Patientenversorgung aufmerksam gemacht, in welchen der Bedarf nach Evaluation und Beratung besteht. Ein Nachteil stellen mögliche Wiederholungen dar, welche erneut Zeit in Anspruch nehmen.

### 5.1.4 Kommunikation

Die Studie von Stickrath et al. (2013) zeigt, dass aufgrund der kurzen Dauer der Patientenvisite die Kommunikation häufiger zwischen den Patienten/Patientinnen und dem Gesundheitsfachpersonal stattfindet, nicht jedoch im interprofessionellen Team. Zeit für die Kommunikation zwischen den Gesundheitsfachpersonen fehlt. Weiter zeigt sich, dass der Fokus der Gespräche an der Patientenvisite auf den Ärzten/Ärztinnen und den Patienten/Patientinnen liegt (Weber et al., 2007). Es ist jedoch auch für andere Angehörige des Gesundheitswesens von hoher Wichtigkeit, genügend Information und Erklärung zu erhalten, damit es allen ermöglicht wird, die Situation und den Behandlungsplan zu verstehen (Tang et al., 2018). Eine offene Kommunikation wird von allen Parteien als wichtig und angenehm empfunden. So sollen beispielsweise gemeinsame Entscheidungen getroffen und eine Kultur der Verantwortung gelebt werden. Beiträge anderer müssen anerkannt werden, damit eine kommunikationsreiche und kollaborative Stimmung im Team herrscht (Gausvik et al., 2015).

Pflegefachpersonen nehmen sich teils durch das historisch geprägte Rollenbild in einer untergeordneten Position wahr. Daher ist ihre Selbstwirksamkeit eingeschränkt und sie zögern, sich aktiv in die Patientenvsiste einzubringen. Dies verhindert eine offene Kommunikation. Das Auftreten von Pflegefachpersonen muss verbessert werden. Wie sich dieser Prozess gestalten soll, wird im Kapitel 5.1.6 näher beschrieben.

Um ein kollaboratives Arbeitsklima schaffen zu können, welches es allen ermöglicht, einen aktiven Teil einzunehmen, muss der Kommunikation eine hohe Wichtigkeit beigemessen werden. Schulz von Thun (1981) definiert 4 Ebenen, auf welchen eine Nachricht gesendet und empfangen werden kann. Je nach Ebene auf welcher kommuniziert wird, können die Reaktionen des Empfängers auf die Botschaft unterschiedlich ausfallen. Wie im Kapitel 2.5 beschrieben, ist es von grosser Relevanz, situationsadäquat und authentisch zu kommunizieren. Missverständnisse und Fehlinterpretationen sollen so verhindert werden, da diese zu einer merklichen Einschränkung in der Zusammenarbeit führen können.

Jedes Teammitglied soll sich seiner/ihrer Wirkung auf andere bewusst sein und die eigenen Äusserungen mit Hilfe des Modells kritisch reflektieren.

### 5.1.5 Teamarbeit

Heutzutage wird die Patientenvsiste nicht als kollaborativ und kommunikationsreich wahrgenommen. In der Praxis ist eine klare medizinische Dominanz zu spüren, wodurch die Zusammenarbeit mit den Pflegefachpersonen erschwert wird. Ein unzureichendes Verständnis der beruflichen Rollen und Aufgaben führt seitens der Ärzteschaft zu Unsicherheiten und stellt ein Hindernis für Pflegefachpersonen dar (Tang et al., 2018). Das Verständnis über Ziele und Aufgaben ist bei Ärzten/Ärztinnen ausgeprägter als bei Angehörigen der Pflege, was das historisch geprägte Bild der Berufsrollen unterstützt (Narasimhan et al., 2004). Die beruflichen Rollenverständnisse sind in stetigem Wandel und verändern sich im Laufe der Zeit. Pflegefachpersonen werden heute als eigenständige Berufsgruppe angesehen, was früher nicht der Fall war. So wird sich das Bild auch in Zukunft entwickeln, was Einfluss auf die zukünftige Teamarbeit haben wird.

Das Verständnis der Ziele der Patientenversorgung muss gefördert (Narasimhan et al., 2004) und die Teamarbeit verbessert werden. Letzterem wird in der Praxis zu wenig Beachtung geschenkt (Norgaard et al., 2004). Die Gesundheitsfachpersonen

müssen auf das wichtige Thema der Zusammenarbeit aufmerksam gemacht und sensibilisiert werden.

Nicht nur Ärzte/Ärztinnen nehmen während der Patientenvisite eine wichtige Rolle ein, auch der Einbindung von Pflegefachpersonen wird in der Studie von Tang et al. (2018) hohe Wichtigkeit beigemessen. So erhält die Ärzteschaft in der kurzen Zeit der Patientenvisite nur eine Momentaufnahme des Zustandes der Patienten/Patientinnen. Es wird gewünscht, dass Pflegefachpersonen genau und mit gezielten Informationen über den momentanen Zustand und mögliche Veränderungen berichten, damit sich die Ärzte/Ärztinnen ein aktuelles Bild schaffen können. Diesen wiederum wird die Aufgabe zugeschrieben, über Ziele und Gründe der Behandlung zu informieren, damit alle Beteiligten auf demselben Informationsstand sind (Tang et al., 2018).

Eine Checkliste, wie beispielsweise die DGC, welche in der Studie von Centofanti et al. (2014) untersucht wurde, ermöglicht eine interprofessionelle Einbindung in den Pflegeplan und erleichtert die Teamarbeit. Auf die DGC wird im Kapitel 5.3 näher eingegangen.

#### 5.1.6 Auftreten der Pflegefachpersonen

Wie im Kapitel 5.1.5 diskutiert wird, ist es Aufgabe der Pflegefachpersonen, Situationen genau zu beschreiben und sich klar zu äussern, da die Ärzteschaft nur für einen kurzen Zeitraum in Kontakt mit den Patienten/Patientinnen steht (Tang et al., 2018). Pflegefachpersonen werden durch eine aktive Beteiligung an der Patientenvisite Teil des gesamten Prozesses (Chow et al., 2018). Durch die Übernahme von mehr Verantwortung und Autonomie auf dem eigenen Arbeitsgebiet und dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten kann die Selbstwirksamkeit gesteigert werden und Pflegefachpersonen treten selbstsicherer auf (Tang et al., 2018). Diese Entwicklung könnte durch das Einführen einer Checkliste in der Praxis begünstigt werden. Laut Shaughnessy und Jackson (2015) erhalten Pflegefachpersonen dadurch vermehrt die Möglichkeit, sich aktiv einzubringen. Es können spezifische Fragen geklärt und Informationen ausgetauscht werden (Centofanti et al., 2014).

Aufgrund der nahen Zusammenarbeit mit den Patienten/Patientinnen und der Gesamteinschätzung der Patientensituation besteht zudem die Möglichkeit, dass mit Hilfe einer Checkliste die Leitung der Patientenvisiten von Pflegefachpersonen übernommen wird. Ihr Rollenbild kann dadurch zusätzlich gestärkt werden. Dies unterstützt sie in ihrem Auftreten und festigt ihre Position im interprofessionellen Team.

Norgaard et al. (2004) beschreiben in ihrer Studie, dass erfahrenere Ärzte/Ärztinnen in der Durchführung der Patientenvisite besser bewertet wurden als weniger erfahrene. Diese Erkenntnis kann auch auf Pflegefachpersonen übertragen werden. Gemäss Benner (2004) durchlaufen sie in ihrer Karriere verschiedene Stufen. Mit zunehmender klinischer Erfahrung erhalten sie mehr Pflegekompetenz, was es ihnen erleichtert, sich aktiv und selbstsicher in die Patientenvisite einzubringen.

## 5.2 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung dieser Bachelorarbeit lautet:

„Was können Pflegefachpersonen im Akutspital dazu beitragen, die Patientenvisite zielorientierter zu gestalten?“

Die Bachelorarbeit zeigt eine exemplarische Auswahl an Möglichkeiten, welche in der Berufspraxis umsetzbar sind, jedoch kann die Fragestellung nicht abschliessend beantwortet werden. Bis dato wurde keine Literatur, welche das Thema Patientenvisite und wie diese durch Pflegefachpersonen zielorientierter gestaltet werden könnte, publiziert. In bereits durchgeführten Studien wurden nur Teilaspekte untersucht, welche in der vorliegenden Bachelorarbeit zusammengetragen werden. Zwar nehmen Pflegefachpersonen einen grossen Teil in der Gestaltung der Patientenvisite ein, jedoch ist es ihnen nicht möglich, diese alleinig effizienter zu gestalten. Um eine wirkungsvolle Patientenvisite durchführen zu können, müssen auch andere Angehörige des Gesundheitswesens einbezogen werden. Damit kann eine vielseitige Expertise gewährt und interprofessionell voneinander profitiert werden.

Wie in verschiedenen in dieser Arbeit implizierten Studien aufgezeigt wurde, kann eine angewandte Checkliste in Bezug auf verschiedene Aspekte unterstützend wirken. Sie stellt einen Standard dar und bietet Orientierung. Zudem ist sie kostengünstig und in der Praxis einfach und schnell einsetzbar.

Ein wichtiges Verbesserungspotential für die Pflegefachperson ist das Übernehmen von Verantwortung in Bezug auf die Patientenversorgung und das autonome Handeln im eigenen Arbeitsfeld. Im interprofessionellen Team ist auch die zielgerichtete Kommunikation von grosser Bedeutung.

### 5.3 Theorie-Praxis-Transfer

Die Patientenvisite nimmt im heutigen Spitalalltag eine zentrale Rolle ein. Trotzdem wird sie meist nicht nach einem standardisierten Vorgehen durchgeführt.

Verschiedene in dieser Bachelorarbeit inkludierte Studien zeigen auf, dass Checklisten die gewünschte Struktur in die Patientenvisite bringen, welche vom Personal und den Patienten/Patientinnen als wichtig wahrgenommen wird (Chow et al., 2018). Die Checklisten sind kostengünstige und leicht einsetzbare Instrumente (Shaughnessy & Jackson, 2015), welche auf das jeweilige Setting modifiziert werden können (Narasimhan et al., 2004).

Die in der Studie von Shaughnessy und Jackson (2015) genutzte MINDERS-Checkliste wurde dem Personal in Form einer kleinen laminierten Karte abgegeben. Diese bot während der Patientenvisite einen Leitfaden, an welchem sich die beteiligten Personen orientieren konnten. Die Einführung in die Praxis brachte wie bereits beschrieben weitere positive Aspekte mit sich. Auch die von Centofanti et al. (2014) untersuchte „Daily Goals Checklist“ (DGC) unterstreicht die Wichtigkeit eines voll umfassenden Versorgungsansatzes. Die Patientenvisite soll der vollumfänglichen Besprechung des Versorgungsplanes und der Patientenziele, wie auch dem Klären von Fragen und Anliegen der Fachpersonen, dienen. Die Checkliste bietet einen systematischen Ansatz, um eine Patientenvisite dementsprechend zu gestalten. Das Risiko von Fehlern und Vergessen wichtiger Punkte kann mit Hilfe eines solchen Instrumentes minimiert werden (Shaughnessy & Jackson, 2015).

In der Praxis wurden verschiedene Möglichkeiten zur Anwendung der Listen untersucht. Die MINDERS-Checkliste bot lediglich eine Orientierungshilfe im Ablauf. Die DGC wurde zur Erhöhung der Sichtbarkeit auf blaues Papier gedruckt und bot die Möglichkeit, bereits vor oder während der Patientenvisite Notizen zu machen. Diese konnten im Anschluss gemeinsam mit dem Behandlungsteam besprochen werden. Die Liste wurde nach der Patientenvisite am Bett aufbewahrt und galt als zentrale Datenablage. Konnte eine Fachperson nicht an der Patientenvisite teilnehmen, wurde die Checkliste als kontinuierliche und leicht zugängliche Informationsquelle genutzt (Centofanti et al., 2014).

Mit Hilfe der Checkliste aus der Studie von Narasimhan et al. (2004) wurden täglich interprofessionell patientenorientierte Ziele gesetzt, welche im Verlauf des Tages evaluiert und gegebenenfalls angepasst wurden. Die Liste wurde am Patientenbett aufbewahrt, damit der Prozess des Patienten/der Patientin ersichtlich ist. Auch hier wurde berücksichtigt, dass es aufgrund konkurrierender Tätigkeiten nicht allen Angehörigen des Behandlungsteams immer möglich ist, an den Patientenvisiten teilzunehmen. Mittels Checklisten können sie sich dennoch über den aktuellen Patientenplan informieren und ihre Arbeit dementsprechend anpassen.

Dies sind nur wenige Beispiele, wie mit Hilfe von Checklisten ein standardisiertes Vorgehen in den Spitalalltag integriert werden kann. Wichtig ist dabei die individuelle Anpassung an die Institution, die Abteilung sowie das Behandlungsteam. Das Pflegefachpersonal ist aufgrund ihrer patientennahen Arbeit in einer geeigneten Rolle, ein solches Hilfsmittel in die Praxis einzuführen. Es wird ihnen ermöglicht, wichtige Fragen und Themen, bei welchen Bedarf für Beratung und Evaluation besteht, zu notieren und diese gezielt anzusprechen.

In der Studie von Norgaard et al. (2004) wird beschrieben, dass sich die Berufserfahrung positiv auf das Leiten einer Patientenvisite auswirkt. Da die Patientenvisite als ärztlich dominiert wahrgenommen wird, ist der Ärzteschaft meist die Leitung zugesprochen. Daher bezieht sich diese Untersuchung auf jene Berufsgruppe. Durch die Implementierung einer Checkliste könnte die Leitung jedoch auch durch das Pflegefachpersonal übernommen werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich zunehmende pflegerische Praxiserfahrung positiv auf die Patientenvisite auswirkt. Die Forschenden unterstreichen die Wichtigkeit, die Patientenvisite bereits in der Ausbildung zu thematisieren. Tang et al. (2018) legen dabei den Schwerpunkt auf die Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation. Einen geeigneten Rahmen können dabei Simulationstrainings oder Supervisionen darstellen. Durch die frühe Sensibilisierung mit dem Thema Patientenvisite sollen Arbeitsabläufe innerhalb des interprofessionellen Teams verbalisiert, bewertet und reflektiert werden können (Norgaard et al., 2004).



Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) weist auf die Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit und deren aktiven Einbezug in die Ausbildung hin (World Health Organization, 2010). So werden auf Tertiärstufe A (Fachhochschulniveau) interprofessionelle Module angeboten. Diese gestalten ein Ausbildungsprogramm, in welchem über, mit und voneinander gelernt werden kann. Der Austausch zwischen den Berufsgruppen wird ermöglicht und fördert ein Denken über die eigenen Berufsgrenzen hinaus. Wichtige Grundbausteine für die Arbeit als Gesundheitsfachperson werden gelegt.

## **5.4 Limitationen dieser Arbeit**

Im folgenden Kapitel werden die Limitationen dieser Bachelorarbeit erörtert und begründet.

Für die vorliegende Arbeit wurde eine systematisierte Literaturrecherche durchgeführt. Es muss davon ausgegangen werden, dass im Gegensatz zu einer systematischen Recherche relevante Literatur nicht berücksichtigt wurde. Dies hätte den zeitlichen Rahmen überschritten. Zudem ist das Evidenzlevel der inkludierten Studien eher tief, da die Erkenntnisse aus primärer Forschungsliteratur stammen und sich somit auf Stufe 6 der Evidenzpyramide nach DiCenso et al. (2009) befinden. Das Thema der Rolle von Pflegefachpersonen bei der Patientenvisite wurde bisher in der Forschung noch nicht grossflächig untersucht. Wie bereits im Kapitel 5.2 erwähnt, wurden lediglich Teilaspekte diskutiert, welche durch die Autorinnen zusammengetragen wurden. Es existiert daher nur begrenzt passende Literatur. Die verwendeten Studien untersuchen die Patientenvisite im Akutspital, daher sind die Ergebnisse möglicherweise nicht auf andere Settings übertragbar. Die Untersuchungen wurden in verschiedenen Ländern getätigt. Trotz Ähnlichkeit zum Schweizerischen Gesundheitswesen können strukturell oder kulturell bedingte Unterschiede bestehen, was die Ergebnisse limitiert. Die Ein- und Ausschlusskriterien haben aufgrund des Verständnisses nur in Deutsch und Englisch verfasste Studien vorgesehen. Trotzdem kann es zu Übersetzungsfehlern oder Fehlinterpretationen gekommen sein. Durch die Auseinandersetzung mit dem Thema der Patientenvisite und der damit einhergehenden Bearbeitung der Studien werden in dieser Arbeit Empfehlungen für die Praxis gemacht, welche durch Pflegefachpersonen durchgeführt werden können. Jedoch wird für die Gestaltung einer zielgerichteten Patientenvisite die Mitarbeit eines interprofessionellen Teams vorausgesetzt. Daher kann die Fragestellung nicht abschliessend beantwortet werden.

## 6 Schlussfolgerungen

Abschliessend soll noch einmal betont werden, dass die Patientenvisite einen wichtigen Rahmen für ein gemeinsames Gesprächssetting zwischen dem Gesundheitspersonal, den Patienten/Patientinnen wie auch deren Angehörigen darstellt. Auf Seiten des interprofessionellen Teams besteht das Bedürfnis nach einer standardisierten Vorgehensweise. Die Implementierung einer Checkliste in die Praxis sollte weiterverfolgt werden, um dem Pflegepersonal zusätzlich die Möglichkeit zu bieten, ihr Rollenverständnis positiv zu verändern.

Ein Vorgehen nach geregelter Standard bringt weitere positive Aspekte mit sich. Da die Patientenversorgung einen der zentralsten Punkte des Gesundheitswesens darstellt, gewinnt ein umfassender Versorgungsansatz zunehmend an Wichtigkeit. Dadurch werden Fehler minimiert und somit die Patientensicherheit gewährleistet. Zusätzlich unterstützt ein einheitlich festgelegtes Vorgehen die Hervorhebung von patientenspezifischen Problemen und das Setzen individueller Therapieziele. Es wird eine zukunftsorientierte Sicht angeregt, wodurch sich keine therapeutische Trägheit einstellt. Die Effizienz der Betreuung, insbesondere der Pflege, kann gesteigert werden, wodurch die Dauer des Spitalaufenthaltes der Patienten/Patientinnen verkürzt werden kann. Dieser Faktor unterstützt den Wandel des Gesundheitssystems, in welchem die Zeit ein teures Gut darstellt und Kosten reduziert werden sollen.

Das Personal nimmt in diesem Wandel einen hohen Stellenwert ein. Ergebnisse aus den Studien haben gezeigt, dass die verbesserte Durchführung der Patientenvisite zu einer höheren Arbeitszufriedenheit des Gesundheitsfachpersonals führt.

Insbesondere im Bereich der Pflege, in welchem die Fluktuation und der Mangel an Personal hoch sind, kann die höhere Zufriedenheit ein Schlüsselfaktor für die Beständigkeit im Beruf und die Identifizierung mit der beruflichen Rolle sein.

Im Themenbereich der Patientenvisite besteht weiterer Forschungsbedarf, um das Gebiet umfassender verstehen und verbessern zu können.

Die Patientenvisite darf nicht vernachlässigt werden. Es besteht vielseitiges Potential zur Weiterentwicklung. Spezifische Ausbildungen sollen gefördert werden und ein standardisiertes Vorgehen kann dem Personal in der Praxis als Unterstützung dienen. Es muss damit gerechnet werden, dass für eine standardisierte Patientenvisite mehr Zeit beansprucht wird. Aus Sicht der Autorinnen darf jedoch bei

einem solchen zentralen Gesprächssetting nicht an Zeit gespart werden. Durch eine unvollständig durchgeführte Patientenvsiste entstehen aufgrund von Fehlern und mangelnder Informationen vermehrt Unklarheiten im Arbeitsalltag, was wiederum zu Mehraufwand führen kann. Die nötige Zeit muss eingeplant werden, um die Zufriedenheit und Sicherheit der Patienten/Patientinnen zu gewährleisten.

Im Endeffekt muss das Wohl unserer Patienten/Patientinnen im Zentrum stehen, für welches wir als Pflegefachpersonen und als interprofessionelles Team verantwortlich sind.

## Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H., & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie*. Urban-&-Fischer-Verlag.
- Baumgärtel, F., Eissing, E., & Fleischmann, G. (2015). *I care Pflege*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 188–199.  
<https://doi.org/10.1177/0270467604265061>
- Centofanti, J. E., Duan, E. H., Hoad, N. C., Swinton, M. E., Perri, D., Waugh, L., & Cook, D. J. (2014). Use of a Daily Goals Checklist for Morning ICU Rounds: A Mixed-Methods Study\*. *Critical Care Medicine*, 42(8), 1797–1803.  
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000331>
- Chow, M. Y., Nikolic, S., Shetty, A., & Lai, K. (2018). Structured Interdisciplinary Bedside Rounds in an Australian tertiary hospital emergency department: Patient satisfaction and staff perspectives: SIBR in Australian ED. *Emergency Medicine Australasia*.  
<https://doi.org/10.1111/1742-6723.13160>
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101.  
<https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Forster, A. (2017). *Visite! – Kommunikation auf Augenhöhe im interdisziplinären Team*. Berlin: Springer-Verlag.
- Gausvik, C., Lautar, A., Miller, L., Pallerla, H., & Schlaudecker, J. (2015). Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 33.  
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S72623>

- Henneman, E. A., Kleppel, R., & Hinchey, K. T. (2013). Development of a Checklist for Documenting Team and Collaborative Behaviors During Multidisciplinary Bedside Rounds: *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 43(5), 280–285.  
<https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31828eebfb>
- Langewitz, W. (2002). Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ*, 325(7366), 682–683.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.682>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, California: Sage Publications.
- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., & Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 526–533.  
<https://doi.org/10.3109/13561820.2014.934338>
- Narasimhan, M., Eisen, L. A., Mahoney, C. D., Acerra, F. L., & Rosen, M. J. (2004). Improving Nurse-Physician Communication and Satisfaction in the Intensive Care Unit with a Daily Goals Worksheet. *Chest*, 126(4), 750S.  
[https://doi.org/10.1378/chest.126.4\\_MeetingAbstracts.750S](https://doi.org/10.1378/chest.126.4_MeetingAbstracts.750S)
- Nationaler Spitalverband H+. (2012). Akutspital. Heruntergeladen am 28.02.2019 von <https://www.hplus.ch/de/zahlen-statistiken/h-spital-und-klinik-monitor/begriffe/akutspital/>
- Norgaard, K., Ringsted, C., & Dolmans, D. (2004). Validation of a checklist to assess ward round performance in internal medicine. *Medical Education*, 38(7), 700–707.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01840.x>
- O'Hare, J. A. (2008). Anatomy of the ward round. *European Journal of Internal Medicine*, 19(5), 309–313.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2007.09.016>
- Preusse-Bleuler, B., & Ris, I. (2015). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.

- Rosenstein, A. H. (2002). Nurse-Physician Relationships: Impact on Nurse Satisfaction and Retention: *AJN, American Journal of Nursing*, 102(6), 26–34.  
<https://doi.org/10.1097/00000446-200206000-00040>
- SBK–ASI: Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. (2018). Pflegeausbildung. Heruntergeladen am 18.08.2018 von  
<https://www.sbk.ch/bildung/pflegeausbildung.html>
- Schulz von Thun, F. (2006). *Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen: Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Shaughnessy, L., & Jackson, J. (2015). Introduction of a new ward round approach in a cardiothoracic critical care unit. *Nursing in Critical Care*, 20(4), 210–218.  
<https://doi.org/10.1111/nicc.12149>
- Stadelhofer, E. C. (2001). *Klinik-Management: Leitung, Führung, Marketing*. Hannover: Schlüter-Verlag.
- Stickrath, C., Noble, M., Prochazka, A., Anderson, M., Griffiths, M., Manheim, J., ... Aagaard, E. (2013). Attending Rounds in the Current Era: What Is and Is Not Happening. *JAMA Internal Medicine*, 173(12), 1084.  
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.6041>
- Tang, C. J., Zhou, W. T., Chan, S. W.-C., & Liaw, S. Y. (2018). Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 11–18.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12503>
- Weber, H., Stöckli, M., Nübling, M., & Langewitz, W. A. (2007). Communication during ward rounds in Internal Medicine. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 343–348.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.04.011>
- Weber, H., & Langewitz, W. (2011). The Basel standard for doctor's visits - chance for a successful interaction triad patient-doctor-nursing staff. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61(3–4), 193–195.  
<https://doi.org/10.1055/s-0030-1266079>
- Wolf, G. A., & Greenhouse, P. K. (2007). Blueprint for Design: Creating Models That Direct Change. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 37(9), 381.  
<https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000285143.64741.07>

World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Heruntergeladen am 07.03.2019 von [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf;jsessionid=6D0655DFFD742DCF896AFB03948DA564?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=6D0655DFFD742DCF896AFB03948DA564?sequence=1)



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Keywords</i> .....	13
Tabelle 2 <i>Ein- und Ausschlusskriterien</i> .....	14
Tabelle 3 <i>Übersichtstabelle eingeschlossene Studien</i> .....	19-21
Tabelle 4 <i>Gütebeurteilung der Studie von Tang et al. (2017)</i> .....	25
Tabelle 5 <i>Gütebeurteilung der Studie von Gausvik et al. (2015)</i> .....	28
Tabelle 6 <i>Gütebeurteilung der Studie von Weber et al. (2007)</i> .....	31
Tabelle 7 <i>Gütebeurteilung der Studie von Stickrath et al. (2013)</i> .....	34
Tabelle 8 <i>Gütebeurteilung der Studie von Narasimham et al. (2006)</i> .....	37
Tabelle 9 <i>Gütebeurteilung der Studie von Norgaard et al. (2004)</i> .....	40
Tabelle 10 <i>Gütebeurteilung der Studie von Henneman et al. (2013)</i> .....	43
Tabelle 11 <i>Gütebeurteilung der Studie von Chow et al. (2018)</i> .....	46
Tabelle 12 <i>Gütebeurteilung der Studie von Shaughnessy et al. (2015)</i> .....	49
Tabelle 13 <i>Gütebeurteilung der Studie von Centofanti et al. (2014)</i> .....	53

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1 Pflegekompetenz nach Benner</i> .....	9
<i>Abbildung 2 Rechercheprotokoll grafisch</i> .....	16
<i>Abbildung 3 Graphische Darstellung der Diskussion</i> .....	54

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AICA	Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels
DGC	Daily Goals Checklist
FH	Fachhochschule
HF	Höhere Fachschule
H+	Nationaler Spitalverband der öffentlichen und privaten Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SIBR	Structured interdisciplinary bedside rounds
TR	Traditional medical ward rounds
WHO	World Health Organization
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

## **Wortanzahl**

Abstract: **193 Wörter**

Bachelorarbeit (ohne Titelblatt, Inhaltsverzeichnis, Abstract, Tabellen/Abbildungen/Graphiken und deren Beschriftung, Verzeichnisse, Eigenständigkeitserklärung, Danksagung und Anhang): **11140 Wörter**

## **Danksagung**

Wir danken Frau Sibylle Truninger herzlich für die kompetente Unterstützung als Betreuungsperson und die stetige Bereitschaft, unsere Fragen zu beantworten.

Frau Marion Huber danken wir für die wertvolle Beratung und die hilfreichen Tipps in Bezug auf das Bearbeiten unserer Studien.

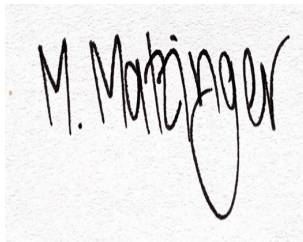
Auch den beiden Lektorinnen Bea Zürcher und Anja Hänni und dem Lektor Hans Peter Bischof möchten wir unseren Dank aussprechen. Wir schätzen die ausführlichen Inputs und das konstruktive Feedback sehr.

Abschliessend gilt ein spezieller Dank unseren Familien und Freunden für ihre motivierenden Worte und das uns entgegengebrachte Verständnis.

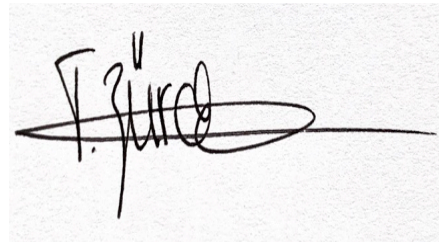
## Eigenständigkeitserklärung

„Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

Winterthur, 24.04.2019

A handwritten signature in black ink on a light background. The signature is written in a cursive style, starting with a large 'M' and ending with a long, sweeping underline.

Melina Matzinger

A handwritten signature in black ink on a light background. The signature is written in a cursive style, starting with a large 'T' and ending with a long, sweeping underline.

Tiziana Zürcher

## Anhang

### Anhang A: Protokoll Literaturrecherche

Datenbank	Keywords	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Treffer	Titel
CINAHL	(ward round or patient round) AND (efficiency or effectiveness) AND (nurs or nurses or nursing)	4	0	
CINAHL	(ward round or patient round) AND aim AND (nurs or nurses or nursing)	107	3	<p>„Introduction of a new ward round approach in a cardiothoracic critical care unit.“</p> <p>„Change for a better: an innovative Model of Care delivering positive patient and workforce outcomes.“</p> <p>„Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study.“</p>
CINAHL	(ward round or patient round) AND checklist AND (nurs or nurses or nursing)	50	5	<p>„Use of a daily goals checklist for morning ICU rounds: A Mixed-Methods study.“</p> <p>„Why patients need leaders: introducing a ward safety checklist.“</p>

				<p>„Validation of a checklist to assess ward round performance in internal medicine.“</p> <p>„Implementation of a considerative checklist to improve productivity and team working on medical ward round.“</p> <p>„Development of a checklist for documenting team and collaborative behaviours during multidisciplinary bedside rounds.“</p>
CINAHL	(ward round or patient round) AND efficiency AND acute care	11	0	
Zusammengefasste Suche CINAHL	(ward round or patient round) AND aim AND (nurs or nurses or nursing) OR (ward round or patient round) AND checklist AND (nurs or nurses or nursing)	149	8	siehe oben
MedLine	(ward round or patient round) AND (efficiency or effectiveness) AND nurs*.af	4	0	
MedLine	ward round AND efficiency AND nurs*.af	0	0	
MedLine	ward round AND nurs*.af	105	2	„Structured interdisciplinary bedside rounds in

				<p>an Australian tertiary hospital emergency department: Patients satisfaction and staff perspectives.“</p> <p>„Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS.“</p>
MedLine	ward round AND nurs* AND acute care.af	3	0	
Verzeichnisse	Schneeballsystem		3	<p>„Attending rounds in the current era: What is and is not happening?“</p> <p>„Improving Nurse-Physician communication and satisfaction in the intensive care unit with a daily goals worksheet.“</p> <p>„Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction“</p>



## Anhang B: Zusammenfassung und Würdigung der Studien im AICA-Raster

### Zusammenfassung der Studie: Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study

Autoren/Autorinnen: Tang et al. (2018)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitssystem und unverzichtbar. Ärzte/Ärztinnen und das Pflegepersonal sind in einer wichtigen Rolle, um die Patientensicherheit sicherzustellen und eine hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten. Jedoch stossen beide Parteien bei der Zusammenarbeit auf Schwierigkeiten. Meist entsteht der Konflikt durch die unterschiedlichen Rollenerwartungen und der unterschiedlichen Interpretation der Bedeutung einer effektiven Zusammenarbeit. Die Ärzte/Ärztinnen werden als eine eher dominante Domäne wahrgenommen, welche Autorität ausstrahlt. Folglich zeigen sich Pflegefachpersonen mit einem geringen Selbstwertgefühl, Stress und empfanden mangelnden Respekt.	Für die Studie wurde ein qualitatives, exploratives deskriptives Design gewählt. Die Teilnehmer arbeiteten in einem 991-Betten-Akuthospital in Singapur. In die Studie wurden Assistenzärzte/Assistenzärztinnen und Pflegefachpersonen von allgemeinen Stationen eingeschlossen, welche über mindestens 6 Monate und maximal 3 Jahre Berufserfahrung verfügten. Diese Kriterien wurden anhand bereits durchgeführter Studien so gewählt, da die Personen in diesem Zeitraum der grössten Arbeitsbelastung ausgesetzt seien und sie sich nur bedingt auf die Zusammenarbeit vorbereiten konnten. Nach einem Auswahlverfahren wurden 11 Assistenzärzte/Assistenzärztinnen und 8 Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner gewählt. Mit ihnen wurden semi-strukturierte Interviews durchgeführt, welche aufgenommen und anschliessend transkribiert wurden. Die Interviews wurden von 2 ausgebildeten Forscherinnen durchgeführt, welche zuvor selbständig eine Literaturrecherche zum Thema durchführten und keine Beziehung zu den	Die Ergebnisse wurden in 4 Unterkategorien aufgeteilt. <b>1. Arbeiten für eine bessere Patientenversorgung</b> Um dies zu gewährleisten, muss eine effektivere Kommunikation durchgeführt werden. Diese soll dazu dienen, dass genügend Information und Erklärung zur anderen Partei gelangt, welche ihnen helfen, die Bedingungen und den Behandlungsplan zu verstehen. Das unzureichende Verständnis der beruflichen Rollen der Pflege wird als Hindernis beschrieben, sie löst bei den Assistenzärzten/Assistenzärztinnen Unsicherheit aus. Die Ärzte/Ärztinnen erhalten durch die Patientenvisiten meist nur eine Momentaufnahme des Zustands der Patienten/Patientinnen, daher ist es von grosser Bedeutung, dass auch das Pflegepersonal an diesen Runden teilnimmt und Bedenken klar äussert und beschreibt. Die Pflegefachpersonen zählen auf die Ärzte/Ärztinnen, um sie über den Behandlungsplan zu informieren, Ziele und Gründe dafür zu nennen, damit alle in die gleiche Richtung arbeiten. <b>2. Kampf um die Bewältigung von Problemen</b> Beide Arbeitsgruppen haben mit einer hohen klinischen Arbeitsbelastung zu kämpfen. Vor	Die grösste Stärke der Studie sei das Erforschen der Zusammenarbeit aus Sicht der Nachwuchsärzte und der Pflege. Sie wird als sehr wichtig und bedeutsam eingeschätzt, was bereits durch bestehende Studien untermauert wurde. Die Ärzte/Ärztinnen werden nur unzureichend über die Veränderung des Zustands der Patienten/Patientinnen informiert. Es ist wichtig, die Situation richtig einzuschätzen, dafür ist effektive Kommunikation von Bedeutung. Zudem sollen alle Beteiligten Gründe und Ziele der Behandlung wissen und verstehen, um die Aufgaben richtig zu priorisieren. Die Ergebnisse der Studie fordern Durchführungen von Trainings zur interprofessionellen Kommunikation mit dem Schwerpunkt der Kommunikation zwischen den Assistenzärzten/Assistenzärztinnen und dem Pflegepersonal. Die Patientenvisiten stellen einen wichtigen Mechanismus in der Gesundheitsversorgung dar und bieten

<p>Diese ineffektive Zusammenarbeit schafft ein stressiges Arbeitsumfeld, was sich auch an der Unzufriedenheit am Arbeitsplatz, dem schlechten Gesundheitszustand des Personals und dem Austritt der Pflegefachpersonen aus dem Beruf ablesen lässt. Daher erachten die Forscher/Forscherinnen es als bedeutend, die Schwierigkeiten der Zusammenarbeit zu kennen. Frühere Studien untersuchten dieses Phänomen bereits und es filterten sich Faktoren wie Kommunikation, Respekt, Vertrauen, ungleiche Macht und vieles mehr heraus. Das Ziel der Studie ist es zu untersuchen, wie die Erfahrungen bezüglich der Zusammenarbeit zwischen Assistenzärzten/Assistenzärztinnen und dem Pflege team sind, um dann die verschiedenen Domänen zu informieren, wie sie die interprofessionelle Zusammenarbeit verbessern können.</p>	<p>Teilnehmern/Teilnehmerinnen pflegten. Die Gespräche wurden in Englisch abgehalten und dauerten zwischen 45 Minuten und einer Stunde. Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen waren mit den Forscherinnen alleine im Raum. Gleichzeitig wurde eine Datenanalyse durchgeführt, um die Datensättigung zu identifizieren. Diese wurde nach 7 Pflegefachpersonen und 9 Assistenzärzten/Assistenzärztinnen erreicht. Um die Sättigung zu bestätigen, führten sie mit den Ärzten/Ärztinnen 2 und mit den Pflegefachpersonen 1 weiteres Interview, daraus konnten jedoch keine neuen Erkenntnisse gewonnen werden. Die Studie wurde ethisch genehmigt. Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen nahmen freiwillig an der Studie teil und hatten das Recht, jederzeit auszutreten. Sie erhielten zu Beginn ein Informationsblatt und stimmten schriftlich zu. Zudem wurden die Anonymität und Vertraulichkeit gewahrt. Die 2 Forscherinnen führten eine induktive, thematische Analyse durch. Sie diskutierten erst die Analyseschritte, bevor sie sich selbständig an die Analyse der Daten machten. Sie lasen mehrmals die Transkripte, identifizierten bestimmte Codes, nannten dann Unterthemen und fassten diese in Themen zusammen. Diese Unterthemen und Themen verglichen sie miteinander. Zum Schluss wurde ein unabhängiger dritter Forscher beigezogen, um die</p>	<p>allem das Pflegepersonal muss mit konkurrierenden Prioritäten umgehen. Die vielen administrativen Aufgaben verursachen ein enormes Arbeitsaufkommen. Es ist schwer, sich effektiv Zeit für die Kommunikation zu nehmen. Für Pflegefachpersonen stellt es sich als schwer heraus, an den Patientenvisiten teil zu nehmen, da sie dann meist andere pflegerische Aufgaben zu erledigen haben. Es ist nicht einfach, eine gemeinsame Patientenvisite zu organisieren.</p> <p><b>3. Zwischenmenschliche Beziehungen</b></p> <p>Viele Teilnehmer/Teilnehmerinnen spüren klar eine medizinische Dominanz und eine pflegerische Unterwerfung, was die Zusammenarbeit behindert. Teilweise fühlen sich die Pflegefachpersonen abgewertet und wollen dann keinen Beitrag zur Patientenversorgung einbringen. Dadurch denken manche Pflegefachpersonen schlecht von sich und werten sich ab. Es soll daher eine Möglichkeit für soziale Interaktion geschaffen werden.</p> <p><b>4. Pflegefachpersonen sollen mehr Verantwortung übernehmen.</b></p> <p>Um die Zusammenarbeit zu fördern, sollen Pflegefachpersonen mehr Verantwortung übernehmen können. Es soll ihnen mehr Autonomie in Bezug auf ihr Arbeitsgebiet verliehen werden, um so auch das Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten zu stärken. Sie sollen proaktiv werden und sich auch für die Patientenversorgung verantwortlich fühlen. Zudem soll der pflegerischen Domäne mehr Autonomie bei bestimmten klinischen Entscheidungen zugesprochen werden. Pflegefachpersonen sollen selbstbewusster auftreten, wenn es um die Patientenversorgung</p>	<p>wertvollen Raum für Bedenken, Diskussionen und Informationsaustausch, um medizinische Fehler zu minimieren und die Arbeitseffizienz zu steigern. Daher solle es auch dem Pflegefachpersonal ermöglicht werden, an den Patientenvisiten teilzunehmen. Pflegefachpersonen fühlen sich teilweise nicht ernst genommen. Die Forscher/Forscherinnen meinen jedoch, dass sie selbst mit der Schaffung der Machtverhältnisse zu tun haben, da einige eine schlechte berufliche Identität hätten. Natürlich spielt auch der Einfluss von traditionellen Stereotypen eine grosse Rolle. Bestehende Studien zeigen einen positiven Effekt des Empowerments des Pflegepersonals. Daher sollen sie einen aktiveren Teil mit mehr Verantwortung im interprofessionellen Team einnehmen. Durch gemeinsame Entscheidungsprozesse sollen Wege geschaffen werden, wie die Zusammenarbeit gefördert werden kann. Die Forscher/Forscherinnen formulieren in ihrer Studie einige Limitationen. Da nur eine relativ kleine Stichprobengrösse gewählt wurde, sind die Ergebnisse nur teilweise auf andere Krankenhäuser übertragbar und aufgrund der soziokulturellen Unterschiede auch nur bedingt auf andere Länder. Trotzdem seien die</p>
---	--	--	--

	<p>Meinungsverschiedenheiten offen zu diskutieren.</p> <p>Durch die Audit-Trials wurde die Genauigkeit gewahrt. Die Prozedur des Erfassens und der Analyse wurde genau aufgezeichnet.</p>	<p>geht, sie sollen dabei nicht nur anwesend sein, sondern einen aktiven Teil übernehmen. Es ist wichtig, dass beide Domänen alle Informationen erhalten.</p>	<p>Ergebnisse kongruent mit bestehenden Studien.</p> <p>Die Studie fordert sowohl pädagogische als auch organisatorische Strategien und eine interprofessionelle Ausbildung. Teil davon könnten beispielsweise Simulationstrainings einer Patientenvisite sein.</p>
--	---	---	---

## Würdigung der Studie: Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Die Studie bearbeitet ein relevantes Thema für die Domäne der Pflege. Die Problemstellung wird genau beschrieben und mit bereits vorhandener Literatur untermauert. Das Ziel ist klar zu erkennen und wird ausformuliert. Die Signifikanz wird nicht diskutiert.	Das Design wurde anhand der Frage passend gewählt. Für das Krankenhaus ist die Stichprobe repräsentativ, jedoch bemängeln die Forscher/Forscherinnen, dass die Ergebnisse nur bedingt auf andere Krankenhäuser und Länder übertragbar sind. Die Stichprobengrösse wurde nicht weiter begründet. Das Setting und die Teilnehmer werden ausführlich aufgeführt und nachvollziehbar begründet. Auch die Vorgehensweise wird beschrieben und mehrfach überprüft. Die Datensättigung wurde nach Interviews mit 7 Pflegefachpersonen und 9 Ärzten/Ärztinnen erreicht, es wurden dann jedoch noch einmal eine Pflegefachperson und 2 Ärzte/Ärztinnen interviewt, ohne neue Erkenntnisse zu gewinnen. Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen stimmten schriftlich zu und hatten die Möglichkeit jederzeit auszusteigen. Die Forscher/Forscherinnen werden als gut ausgebildet beschrieben und pflegten keine Beziehung zu den Teilnehmenden. Um die Genauigkeit der Daten zu gewähren, wurde ein Member-Check durchgeführt. Zudem waren 2 unabhängige und gut ausgebildete Forscherinnen an der Studie beteiligt. Ein dritter wurde zur Aufklärung von Missverständnissen und Validierung der Ergebnisse hinzugezogen. Im ganzen Prozess führen die Forscherinnen und Forscher ein reflektives Journal, um sich kritisch über Vorurteile zu reflektieren.	Die Ergebnisse entstanden aufgrund einer präzisen Analyse. Sie wurden zudem mit plausiblen und passenden Zitaten untermauert. Die Forscher/Forscherinnen stellten Forderungen und machten sogleich einen Vorschlag zur beispielhaften Umsetzung. Dabei wurde ausführlich und sinnvoll beschrieben.	Die Forschungsfrage konnte beantwortet werden und half zum besseren und vollumfänglichen Verständnis der Situation und des Phänomens. Zudem wurde immer wieder die Verbindung zur bestehenden Literatur gemacht. Für das pflegerische Arbeitsfeld ist es wichtig, über die Schwierigkeiten der interprofessionellen Zusammenarbeit Bescheid zu wissen. Es kann helfen, etwas positiv zu verändern und andere Sichtweisen zu erkennen. Die Forderungen der Forscher/Forscherinnen hätten einen grossen Nutzen für die Praxis. Die Schlussfolgerung der Studie setzt das gesamte Phänomen in einen guten Zusammenhang.

## **Gesamteinschätzung der Güte entsprechend den Gütekriterien von (Lincoln & Guba, 1985)**

### **Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study**

#### **Credibility:**

Die Forscher/Forscherinnen der Studie werden als gut ausgebildet beschrieben und standen in keiner Weise in Beziehung mit den Teilnehmern/Teilnehmerinnen. Ein dritter, unabhängiger Forscher wurde für die Datenanalyse hinzugezogen. So konnten Unklarheiten und Missverständnisse ausdiskutiert werden. Es wurden ein Peer-Debriefing und ein Member-Check durchgeführt.

#### **Transferability:**

Die Ergebnisse wurden mit passenden und sinnvollen Zitaten untermalt. Zu jedem Unterthema waren mindestens ein Zitat, teilweise sogar Zitate aus Sichtweisen der beiden unterschiedlichen Domänen zu finden. Die Interviews wurden face-to-face, in englischer Sprache in circa 45 bis 60 Minuten abgehalten. Dabei war jeweils nur eine Forscherin anwesend.

#### **Dependability:**

Aus dem Lesen der Studie ist ersichtlich, wie die Themen und auch Unterthemen gebildet und die Daten ausgewertet wurden.

#### **Confirmability:**

Die Forscher/Forscherinnen führten in der Zeit der Durchführung der Studie selbständig ein Journal und reflektierten dabei kritisch ihre Vorurteile zum Thema. Zudem wurde Rücksprache mit einem aussenstehenden Forscher gehalten, um eine weitere Sichtweise miteinzubeziehen.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et. al. (2009):** Die Studie wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) eingeordnet, da es sich um eine Primärstudie handelt.

## Zusammenfassung der Studie: Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction

Autoren/Autorinnen: Gausvik et al. (2015)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Interdisziplinäre Patientenvisiten ermöglichen Gesundheitsfachpersonen einen Austausch über die Patientenversorgung. In Studien konnte belegt werden, dass eine gute Kommunikation zwischen der Pflege und Ärzteschaft positive Patientenergebnisse unterstützt und fördert. Strukturierte Interdisziplinäre Patientenvisiten (SIBR) bilden die valide Struktur, die die Kommunikation vereinfacht und gleichzeitig alle an der Behandlung beteiligten Personen zusammenbringt, wobei der Fokus auf der Einbeziehung von Patienten und ihren Angehörigen liegt. Das Ziel der Studie ist es, die Perspektive des Personals zum Thema interdisziplinäre Patientenvisiten zu untersuchen und mit anderen Abteilungen, auf denen SIBR nicht angewendet wird, zu vergleichen.</p>	<p>Es handelt sich um ein qualitatives Design. Aus dem Erleben von Einzelpersonen werden Schlüsse gezogen und auf eine grosse Masse angewendet. Das Design wird nicht begründet oder diskutiert. Die Population sind Mitarbeitende einer Akutgeriatrischen Abteilung in einem Krankenhaus in Cincinnati, USA. Sie setzt sich zusammen aus Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen, Physio- und Ergotherapeuten/Physio- und Ergotherapeutinnen und Pflegehelfer/Pflegehelferinnen. Auf dieser Abteilung wurden strukturierte interdisziplinäre Patientenvisiten durchgeführt. Gleichzeitig wurden vier nichtintensive Abteilungen im gleichen Krankenhaus als Kontrollgruppe genutzt, auf welchen traditionelle, arztzentrierte Patientenvisiten durchgeführt wurden. Die Stichprobe bestand aus einer Interventionsgruppe mit 24 und einer Kontrollgruppe mit 38 Probanden. Die teilnehmenden Personen wurden zu ihren Erfahrungen und ihrer Wahrnehmung der Patientenvisite befragt. Alle Fragebogen enthielten Aussagen im Likert-Format mit der Möglichkeit, stark zuzustimmen, zuzustimmen, nicht zuzustimmen oder stark nicht zuzustimmen. Zu den untersuchten Kategorien gehörten Teamarbeit, Verständnis des Pflegeplans, Umgang mit Ängsten und Sorgen,</p>	<p>Die Ergebnisse zeigen, dass die Mitarbeiter der Interventionsgruppe (mit Durchführung von strukturierten Interdisziplinären Patientenvisiten) alle untersuchten Kategorien (siehe Methode) deutlich besser beurteilten als die Kontrollgruppe.</p> <p><b>Teamarbeit:</b> Alle befragten Personen der Interventionsgruppe gaben an, dass sie sich wohl fühlten, offen im interdisziplinären Team zu kommunizieren. Sie hatten ein starkes Teamgefühl, was nur 76% der Teilnehmenden der Kontrollgruppe angaben.</p> <p><b>Verständnis des Pflegeplans:</b> 100% der Interventionsgruppenteilnehmer gaben an, dass sie den Tagesplan aller Patienten/Patientinnen basierend auf der Patientenvisite verstanden hatten, was nur 74% der Kontrollgruppenteilnehmer aussagen konnten.</p> <p><b>Kommunikation im Team/mit Angehörigen:</b> Einer Verbesserung der Kommunikation im Team und auch mit den Angehörigen durch strukturierte interdisziplinäre Patientenvisiten stimmen alle Beteiligten der Interventionsgruppe zu, im Vergleich zu 71% bzw. 74% der Kontrollgruppe.</p>	<p>Interprofessionelle Teamarbeit wird mit einer höheren Arbeitszufriedenheit in den Pflegeberufen in Verbindung gebracht. Die Forscher machen darauf aufmerksam, dass in Zeiten von Knappheit an Pflegefachpersonen die Arbeitszufriedenheit ein Schlüsselfaktor für die Aufrechterhaltung eines ausreichenden Angebots an Fachpersonen ist. Studien zeigen, dass viele Pflegefachpersonen in den USA planen, ihren Arbeitsplatz zu verlassen, da sie damit unzufrieden sind. Ein gesundes Arbeitsumfeld ist definiert als eine kollaborative und kommunikationsreiche Praxiskultur, eine Kultur der Verantwortung, wo gemeinsame Entscheidungen getroffen werden und die Beiträge anderer anerkannt werden. Das Durchführen von strukturierten interdisziplinären Patientenvisiten im Praxisalltag führte zu einer signifikanten Verbesserung in der Zufriedenheit und es bestand ein Zusammenhang zu einer positiven Arbeitsumgebung. Die Kommunikation im Team war deutlich besser und dies korrelierte mit allen untersuchten Kategorien. Die Forscher nennen die Einschränkung des Stichprobenumfangs und die beschränkte Dauer der Studie als Limitationen. Trotzdem wurden signifikante Ergebnisse erzielt, wobei die eingeschränkte</p>

	<p>Teamkommunikation, Familienkommunikation, Effizienz, Sicherheit und Arbeitszufriedenheit. Sie enthielten auch einen optionalen Kommentarbereich.</p> <p>Die Forschenden besuchten die Abteilungen jeweils nachmittags während zwei Wochen, an welchen die Umfrage freiwillig angeboten wurde. Sie wurde von allen Mitarbeitern, denen sie angeboten wurde, ausgefüllt.</p> <p>Die Likert-Daten wurden tabellarisch erfasst und die offen formulierten Kommentare zusammengestellt. Statistische Vergleiche wurden mit SPSS 22 zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe gemacht, wobei der Mann-Whitney U Test verwendet wurde. Die Vergleiche basierten auf den gemeinsamen Kategorien der Umfrage (siehe oben), um nach signifikanten Unterschieden zwischen den beiden Gruppen zu suchen.</p> <p>Die Studie wurde von der Ethikkommission des Krankenhauses genehmigt. Alle Teilnehmenden wurden über den Zweck der Studie informiert und auf die Anonymität der Ergebnisse aufmerksam gemacht. Weitere ethische Fragen werden nicht diskutiert.</p>	<p><b>Effizienz:</b> 92% der Mitarbeitenden der akutgeriatrischen Abteilung waren davon überzeugt, dass die Effizienz der Pflege durch SIBR erhöht werden konnte. 79% der Teilnehmenden sahen eine solche Verbesserung auch mit den traditionellen Patientenvisiten.</p> <p><b>Patientensicherheit:</b> 100% der Interventionsgruppe gaben eine deutliche Verbesserung der Patientensicherheit an, 76% der Kontrollgruppe sagten dasselbe über die Patientenvisite auf deren Abteilungen aus.</p> <p><b>Arbeitszufriedenheit:</b> Alle Teilnehmenden der Interventionsgruppe schätzten ihre gesamte Arbeitszufriedenheit nachdrücklich höher ein, wobei nur 76% der Kontrollgruppe diese Verbesserung ebenfalls feststellten.</p> <p>Teilnehmer der Interventionsgruppe fühlten sich durch die Einführung von strukturierten Patientenvisiten als Teil einer verbesserten Teamdynamik, die wirklich in Patienten/Patientinnen investiert und nicht nur eine To-do-Liste abhakt.</p>	<p>Verallgemeinerung beachtet werden muss. Es sind weitere Untersuchungen nötig.</p>
--	---	---	--

**Würdigung der Studie: Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Pflege, da die Berufsgruppe als Population im Zentrum der Untersuchung steht und wichtige Erkenntnisse für die Berufspraxis daraus hervorgehen. Das Ziel und der Zweck der Studie sind in der Einleitung nicht klar formuliert, können jedoch aus dem Kontext logisch abgeleitet werden. Mit der Forschungsfrage verhält es sich gleich. Es wird mit vorhandener Literatur verständlich und ausführlich ins Thema eingeführt. Die Signifikanz der Arbeit wird insofern diskutiert, als dass aufgezeigt wird, dass Interdisziplinarität und strukturierte interdisziplinäre Patientenvisiten (SIBR) Hauptbestandteile der Versorgungsqualität sind.</p>	<p>Das qualitative Design ist sinnvoll, da die Forschenden mit dieser Studie das individuelle Erleben der Teilnehmenden untersuchten. Die Stichprobenziehung ist angebracht. Da die Teilnahme an der Umfrage freiwillig war, kann nicht ausgeschlossen werden, dass eher Gesundheitsfachpersonen mit einer starken Meinung zum untersuchten Phänomen an der Studie teilgenommen haben und die Ergebnisse so nicht vollständig übertragbar sein könnten. Die Stichprobengrösse scheint angemessen. Es ist unklar, weshalb gerade diese Anzahl an Gesundheitsfachpersonen ausgewählt wurde, da die Forschenden nicht über die Datensättigung diskutieren. Das Setting und die Teilnehmenden werden ausführlich beschrieben. Die ausgewählten Teilnehmenden eignen sich gut als Informanten, da sie das Phänomen in ihrem Arbeitsalltag täglich erleben und damit konfrontiert sind.</p> <p>Bei der Datenerhebung geht es um menschliches Erleben und die Haltung der Gesundheitsfachpersonen gegenüber der Patientenvisite. Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung ist klar beschrieben und dargestellt. Die verwendeten Fragebogen sind in der Studie jedoch nicht dargestellt, was die Übertragbarkeit einschränkt. Die Selbstbestimmung der Teilnehmenden wird diskutiert. Der Standpunkt der Forschenden wird nicht dargestellt. Das methodische Vorgehen ist nachvollziehbar und stimmt mit dem qualitativen Ansatz überein.</p> <p>Die Methoden der Datenanalyse sind nachvollziehbar beschrieben, die einzelnen Schritte werden in der Studie jedoch nicht alle dargestellt und sind somit nicht vollständig überprüfbar. Die Datenanalyse scheint trotzdem glaubwürdig.</p> <p>Die Studie wurde von der Ethikkommission des Krankenhauses, in dem die Untersuchungen stattgefunden haben, genehmigt. Es kann angenommen werden, dass zwischen den Forschenden und den Teilnehmenden keine Beziehung bestand.</p>	<p>Die Ergebnisse wurden in einzelne Kategorien aufgeteilt, sind ausführlich bearbeitet und verständlich beschrieben. Sie reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten. Zur Kategorie Teamarbeit wurde ein Zitat aus dem offenen Kommentarbereich der Umfrage eingefügt und unterstreicht die Ergebnisse der Studie. Die Kategorien beleuchten das Phänomen als Ganzes, sind jedoch auch als einzelne Punkte wichtig. Die Beziehung zwischen dem Hauptthema und den einzelnen Kategorien ist ersichtlich.</p>	<p>Die Interpretation der Ergebnisse führt zu einem besseren Verständnis des Phänomens. Eine explizite Forschungsfrage wurde nicht formuliert, es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Forscher die Forschungsziele erreicht haben. Die Ergebnisse werden mit bereits vorhandener Literatur in Verbindung gebracht und verglichen. Sie sind relevant und brauchbar, da sie in der Praxis zur Verbesserung der Pflegequalität und der Arbeitszufriedenheit, insbesondere von Pflegefachpersonen, beitragen können. Durch eine Implementierung der untersuchten Intervention in die Praxis könnten diese Fortschritte erreicht werden. Dies müsste jedoch in weiteren Studien untersucht werden. Die Forscher machen auch darauf aufmerksam, dass weitere Forschungsarbeiten untersuchen sollten, welchen Effekt die Einführung der SIBR-Methode auf die Zufriedenheit der Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen hat. Es werden keine expliziten Empfehlungen für die Praxis gemacht. Die Ergebnisse werden jedoch aufgegriffen, und es wird diskutiert, wie sie in der Praxis umsetzbar wären. Die Massnahmen müssten jedoch bezüglich Umsetzbarkeit geprüft werden. Die Schlussfolgerungen spiegeln die Ergebnisse der Studie.</p>



### **Gesamteinschätzung der Güte entsprechend den Gütekriterien von (Lincoln & Guba, 1985)**

**Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction**

#### **- Credibility:**

Die Vorannahmen der Forschenden wurden nicht diskutiert. Die Teilnehmenden wurden über die Freiwilligkeit und die Anonymität der Resultate informiert, es bleibt jedoch unklar, ob die Ergebnisse mit ihnen besprochen wurden. Die Datensättigung wurde nicht diskutiert. Da die Teilnahme freiwillig war, kann nicht ausgeschlossen werden, dass eher Gesundheitsfachpersonen mit einer starken Meinung zum untersuchten Phänomen an der Studie teilgenommen haben und die Ergebnisse so nicht vollständig übertragbar sein könnten.

#### **-Transferability:**

Die Ergebnisse wurden einmal mit einem Zitat unterlegt. Die Ergebnisse wurden in Kategorien gegliedert. Der Praxistransfer der einzelnen Kategorien der Ergebnisse wurde diskutiert. Der verwendete Fragebogen ist in der Studie nicht abgebildet, was die Übertragbarkeit einschränkt.

#### **- Dependability:**

Die Datenerhebung und –analyse wurde nachvollziehbar beschrieben, jedoch sind die einzelnen Schritte nicht alle dargestellt und deshalb nicht vollständig nachvollziehbar.

#### **- Confirmability:**

Es wird nicht ersichtlich, ob eine externe Person beigezogen wurde, um die Ergebnisse zu verifizieren und den Forschungsprozess zu begleiten.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et. al. (2009):** Die Studie wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) eingeordnet, da es sich um eine Primärstudie handelt.

## Zusammenfassung der Studie: Communication during ward rounds in Internal Medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS

Autoren/Autorinnen: Weber et al. (2007)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Patientenbefragungen haben gezeigt, dass die häufigsten genannten Defizite in der Gesundheitsversorgung mit fehlenden Informationen und ungenügender Kommunikation zwischen Gesundheitsfachpersonal und Patienten/Patientinnen zusammenhängen. Die Patientenvisite stellt im Spitalalltag die einzige Möglichkeit der Interaktionen zwischen allen an der Behandlung involvierten Personen dar. Da es kaum systematische Untersuchungen zur Kommunikation in Krankenhäusern gibt, ist es das Ziel dieser Studie, dies zu untersuchen. Die letzten umfassenden Studien stammen aus den 1970 und 1980er Jahren und sind somit nicht mehr aktuell. Diese Studie berichtet über Interaktionen bei den täglichen Patientenvisiten auf Abteilungen der Inneren Medizin.</p> <p>Die Patientenvisiten wurden mit RIAS (=Roter Interaction Analysis System) analysiert.</p>	<p>Es handelt sich um ein quantitatives Design. Es wird in der Studie nicht darauf eingegangen, weshalb dieser Ansatz gewählt wurde. In einem ersten Schritt wurden auf zwei Abteilungen der Inneren Medizin die Patientenvisiten mit einem Tonbandgerät von zwei nicht an den Gesprächen beteiligten Beobachtern aufgenommen. Das Setting wird damit begründet, dass so eine typische Mischung von Diagnosen der Patienten/Patientinnen repräsentiert wird. Während der dreimonatigen Aufnahmeperiode wurden 448 Patienten/Patientinnen zur Teilnahme an der Studie angefragt, wobei 267 einwilligten. Alle an den Patientenvisiten teilnehmenden Pflegefachpersonen und Ärzte/Ärztinnen gaben die Einwilligung zur Teilnahme an der Studie. Die Stichprobe bestand aus 8 Ärzten/Ärztinnen, 13 Pflegefachpersonen und 59 Patienten/Patientinnen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Stichprobe zufällig gezogen wurde. Da der Fokus der Forschenden auf der direkten Interaktion der Fachpersonen mit den Patienten lag, wurden Ausschlusskriterien festgelegt: Patientenvisiten unter Einbezug von leitenden Ärzten/Ärztinnen oder solche aus anderen Fachgebieten, Patientenvisiten mit nicht kommunikationsfähigen oder nicht deutschsprechenden Patienten/Patientinnen, Patientenvisiten während denen die Pflegefachpersonen den Raum verlassen mussten und Visiten mit Teilnahme von anderen Berufsgruppen (Physiotherapie, Geistliche, usw.) oder Angehörigen wurden ausgeschlossen. Anhand dieser Ausschlusskriterien wurden 150 Aufnahmen verworfen. In einem weiteren Schritt wurden mit Hilfe eines Zufallsverfahren (STAT 60) 90 Aufnahmen für die Studie ausgewählt. Wegen technischen Problemen wurden 19 weitere Aufnahmen verworfen, was eine</p>	<p>Insgesamt wurden 71 Patientenvisiten mit total 10'713 Äusserungen analysiert. 58 Interaktionen fanden während des Spitalaufenthaltes statt, 13 bei Entlassungsgesprächen der Patienten/Patientinnen. Im Durchschnitt wurde für die Patientenvisite 7.5 Minuten pro Patient/Patientin aufgebracht. Der gesamte Datensatz enthält zu 51.6% Äusserungen von Ärzten/Ärztinnen (34.8% Patienten/Patientinnen und 13.5% Pflege). Dies zeigt deutlich, dass der Fokus der Kommunikation auf den Ärzten/Ärztinnen liegt. Es kommt nur zu geringer Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen und Patienten/Patientinnen. Es konnte aufgezeigt werden, dass Pflegefachpersonen nicht wesentlich zum Inhalt der Visite beitragen.</p> <p>Die Forschenden stellten einen Unterschied zwischen Patientenvisiten während dem Spitalaufenthalt und Entlassungsgesprächen fest: Letztere enthielten deutlich mehr Äusserungen, wobei die Zahl der therapeutischen Informationen bei</p>	<p>Die Forschenden kommen zum Schluss, dass Patientenvisiten eine dynamische Interaktion zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen sind, Pflegefachpersonen jedoch nur einen geringen Beitrag daran leisten. Sie sehen dies als Nachteil: Pflegefachpersonen sehen die Patienten die alltäglichen Aktivitäten ausführen, welche gerade in der Inneren Medizin mit vielen älteren Menschen viele Informationen bezüglich weiterer Platzierung, Durchführbarkeit von Therapieschemen usw. enthalten. Viele der teilnehmenden Patienten/Patientinnen machten auf die Informationsflut, die weit über ihre Auffassungsgabe ging, aufmerksam. Sie fühlen sich, vor allem von der Ärzteschaft, trotzdem zu wenig informiert. Dies könnte daran liegen, dass Fachleute Erläuterungen zu Problemen abgeben, die Patienten nicht gewünscht haben oder nicht verstehen, d.h. sie werden mit unstrukturierten oder nicht angeforderten Informationen überflutet.</p> <p>Es kann davon ausgegangen werden, dass die Forschungsfrage aufgrund der Daten beantwortet werden kann. Die Ergebnisse werden nicht mit anderen Studien verglichen, jedoch werden die Limitationen der Studie genannt.</p>

	<p>endgültige Anzahl von 71 Tonbandaufnahmen zur Analyse mit RIAS ergab. RIAS wurde zur Analyse von dynamischen Interaktionen entwickelt. Für die Studie wurden einige Änderungen in der Kodierung der Informationen vorgenommen. Um nicht nur die Art der Äusserungen, sondern auch die Richtung des Gespräches zu kodieren, wurden die Aufnahmen zweimal analysiert.</p> <p>Während den aufgezeichneten Patientenvisiten wurden die Minuten durch einen der Beobachter gestoppt, um zu messen, wie viel Zeit Ärzte/Ärztinnen und Pflegefachpersonen bei jedem/jeder Patient/Patientin verbrachten.</p> <p>Es wurden demnach Daten zur Häufigkeit von Äusserungen während des Gespräches und zu der Dauer erhoben.</p> <p>Die Daten wurden mit SPSS 12.0. analysiert.</p> <p>Die Forschenden erwähnen, dass die Studie von der Ethikkommission des Krankenhauses genehmigt wurde. Weitere ethische Fragen werden nicht diskutiert.</p>	<p>Ärzten und Pflege steigt. Dies wird jedoch mit einer Reduktion der Anzahl der medizinischen Informationen kompensiert.</p> <p>Es konnte zudem aufgezeigt werden, dass viele für den Patienten relevante Informationen bereits im Gang diskutiert wurden und nicht am Patientenbett.</p> <p>Die Forschenden bildeten Kategorien entsprechend von RIAS (medizinische, psychosoziale Informationen usw.) anhand der Beiträge aller Teilnehmenden.</p> <p>Diese werden in Tabellenform dargestellt.</p> <p>Spannend ist, dass alle Teilnehmer viel öfter geschlossene Fragen verwendeten als offene. Offene Fragen konzentrierten sich auf medizinische Inhalte.</p>	<p>Es werden Implikationen für die Praxis beschrieben, insbesondere für Pflegefachpersonen.</p>
--	---	---	---

**Würdigung der Studie: Communication during ward rounds in Internal Medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der pflegerischen Berufspraxis, da eine gute interprofessionelle Interaktion die Qualität der Pflege erhöht. Die Forschungsfrage ist nicht explizit formuliert, kann jedoch aus dem Ziel der Studie hergeleitet werden. Mit Hilfe von vorhandener Literatur und bereits durchgeführten Studien wird umfassend und logisch ins Thema eingeführt, wobei die Veröffentlichungen der Studien bereits lange zurückliegen. Der Forschungsbedarf wird damit begründet.</p>	<p>Da die Forschungsfrage nicht explizit formuliert wurde, ist die Verbindung zum gewählten Design schwierig zu beurteilen. Ein quantitatives Design erscheint jedoch sinnvoll, da die Inhalte der Patientenvisiten aufgenommen, analysiert und explizite Variablen gemessen wurden (Äusserungen, Sprechzeit, Dauer usw.).</p> <p>Der Vorgang der Stichprobenziehung ist nicht vollständig verständlich. Es bleibt unklar, welche Patientenvisiten zur Aufnahme mit einem Tonbandgerät ausgesucht wurden oder ob dies zufällig geschah. Die Stichprobenziehung scheint ansonsten angebracht. Das Setting und die Teilnehmenden sind ausreichend beschrieben. Inwiefern die Aufnahmen transkribiert wurden, bleibt unklar. Vergleichsgruppen wurden keine erstellt. Drop-outs sind angegeben und begründet. Es wurde in der Stichprobenziehung darauf geachtet, einen möglichst breiten Mix an medizinischen Diagnosen der Patienten/Patientinnen zu erzielen. Daher sollten die Ergebnisse auf viele Patientenvisiten der Inneren Medizin übertragbar sein. Die Stichprobe ist relativ gross, was die Übertragbarkeit zusätzlich erhöht.</p> <p>Es wird genannt, wie viele Jahre Berufserfahrung die Ärzte/Ärztinnen in Durchschnitt hatten (2-5), ansonsten werden keine demographischen Daten der Teilnehmenden genannt. In den Limitationen der Studie wird diskutiert, dass die Anzahl der individuellen Teilnehmer zu gross war für eine umfassende Analyse.</p> <p>Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung wird aufgezeigt und ist verständlich. Die Methoden dazu sind bei allen Teilnehmenden gleich. Die Messinstrumente sind zuverlässig und valide, werden jedoch nicht weiter diskutiert.</p> <p>Das Vorgehen der Datenanalyse ist sehr knapp beschrieben und daher nicht vollständig nachvollziehbar. Die einzelnen Schritte sind nicht überprüfbar und es wird nicht klar aufgezeigt, wie die einzelnen Analysemethoden angewendet wurden. Trotzdem erscheint die Analyse glaubwürdig, da erwähnt wird, dass einzelne Schritte mehrfach nachgeprüft wurden. Eine Genehmigung der Ethikkommission wurde eingeholt, weitere ethische Fragen werden nicht diskutiert.</p>	<p>Die einzelnen Themen sind ausführlich beschrieben und reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten. Sie sind präzise dargestellt.</p> <p>In der Studie wird das Transkript einer Patientenvisite teilweise dargestellt, was die Nachvollziehbarkeit der durchgeführten Studie erhöht.</p> <p>Die gebildeten Kategorien leiten sich vom Analysesystem RIAS ab. Die Kategorien und die Anzahl der entsprechenden Äusserungen sind in Tabellenform übersichtlich dargestellt. Die Tabellen sind vollständig und eine gute Ergänzung zum Text.</p>	<p>Die Interpretation der Ergebnisse trägt zu einem besseren Verständnis bei und erscheint logisch. Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein. Sie werden jedoch nicht mit anderen Studien verglichen und es wird nicht nach alternativen Erklärungen gesucht.</p> <p>Die Bedeutung der Ergebnisse für die Pflege wird umfassend diskutiert. Daraus werden jedoch keine expliziten Empfehlungen für die Praxis formuliert. Die Forschenden geben jedoch Empfehlungen zur Verbesserung der Kommunikation in der Praxis ab: Die Perspektive der Patienten/Patientinnen soll erfragt und beachtet werden, wobei immer eingeschätzt werden muss, was genau der/die einzelne Patient/Patientin zu einem bestimmten Zeitpunkt wissen möchte.</p> <p>Die Studie erscheint sinnvoll. Es wäre grundsätzlich möglich, die Studie in einem anderen klinischen Rahmen durchzuführen, wobei die methodische Vorgehensweise genauer nachvollziehbar sein müsste.</p>

### **Gesamteinschätzung der Güte entsprechend den Gütekriterien von (Bartholomeyczik et al., 2008)**

#### **Communication during ward rounds in Internal Medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS**

##### **- Objektivität:**

Die Testsituation war standardisiert, alle Aufnahmen wurden unter gleichen Bedingungen gemacht. Es kann angenommen werden, dass zwischen den Forschenden und den Teilnehmenden keine Beziehung bestand. Die Auswertung der Aufnahmen wurde nach einem standardisierten Verfahren (RIAS) durchgeführt und auch deren Bewertung geschah nach festgelegten Regeln.

##### **- Reliabilität:**

Nicht das gesamte methodische Vorgehen wurde klar beschrieben. Zum Vorgang der Stichprobenziehung wie auch zu der Datenanalyse fehlen Informationen. Die Datenerhebung jedoch wurde detailliert und verständlich beschrieben. Die Tonaufnahmen während der Patientenvisiten wurde immer durch denselben Forscher durchgeführt (zusammen mit zweiter beobachtender Person). Die statistische Analyse der Daten wurde mit SPSS 12.0. durchgeführt, wird jedoch nicht näher dokumentiert und ist daher nicht vollständig nachvollziehbar. Die Ergebnisse werden übersichtlich gegliedert. Das Transkript einer durchgeführten Patientenvisite ist in der Studie teilweise ersichtlich.

##### **- Validität:**

Die interne Validität ist nicht vollständig gewährleistet. Es wurde keine spezifische Stichprobe gezogen und deren Rekrutierung bleibt unklar. Es besteht somit die Gefahr von Selektionsbias. Die externe Validität ist gewährleistet. Durch die grosse Stichprobe können die Ergebnisse auch auf andere Spitäler übertragen werden. Zudem werden die verschiedenen Berufsgruppen differenziert betrachtet und Aussagen zu den einzelnen Professionen können gemacht werden.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et. al. (2009):** Die Studie wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) eingeordnet, da es sich um eine Primärstudie handelt.

## Zusammenfassung der Studie: Attending Rounds in the Current Era

Autoren/Autorinnen: Stickrath et al. (2013)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Die Forscher/Forscherinnen beschreiben, dass sich die Merkmale der Patientenvisiten verändert hätten. Sie nehmen Bezug auf den historischen Hintergrund der Stationsrunden. In den letzten Jahrzehnten wurden mehrere Beobachtungsstudien durchgeführt. Dabei wurde beobachtet, dass die Patientenvisite zu 75 % am Patientenbett durchgeführt wird und der Arzt dabei den Auszubildenden die Geschichte der Patienten/Patientinnen, körperliche Untersuchungskompetenzen und eine effektive Kommunikation lehrten. Die Teilnahme an den Patientenvisiten und deren Durchführung hat sich jedoch in den letzten Jahrzehnten dramatisch verändert. Sie wurde vom Bett weg in Konferenzräume und Flure verlegt und die Struktur und der Inhalt der Patientenvisiten heute seien nicht gut beschrieben.	Die Forscher/Forscherinnen entschieden sich für eine deskriptive Querschnittstudie. Diese wurde vom 1. Juli 2010 bis zum 31. März 2012 auf der Allgemeinmedizin von 4 Lehrkrankenhäusern durchgeführt. Die Teams wurden von universitätsnahen Fakultäten betreut und die Krankenhäuser genehmigten die Studie. Die Beobachtungsdaten der 4 Standorte wurden zufällig geordnet. Medizinstudenten/Medizinstudentinnen des 4. Jahres wurden ausgebildet, unauffällige und stille Beobachter zu sein. Sie notierten sich die Personen, die an der Patientenvisite teilnahmen, der Ort, das Datum und die Dauer. Es wurden 3 Bereiche von Aktivitäten erfasst. Die Patientenversorgung, die Kommunikations- und die Bildungsaktivität. Neben diesen direkten Beobachtungen wurde auch eine demographische Umfrage durchgeführt. Sie erfasste die Anzahl Jahre Praxiserfahrung, Anzahl Wochen auf der Allgemeinmedizin und die Bewertung der Fakultät, wie sie auf die Patientenvisiten vorbereitet wurden. Die Daten wurden deidentifiziert und analysiert. Für die Analyse der Aktivitäten der Patientenvisite wurde eine Frequency-Analyse durchgeführt. Um die Beziehung zwischen der Dauer der Patientenvisite und der Anzahl der Patienten/Patientinnen zu analysieren wurde der Pearson-Product-Korrelationskoeffizient genutzt. Der Mann-Whitney-Test wurde gebraucht, um die Beziehung zwischen den Runden vor und nach der Einführung der neuen Arbeitszeiten und der Dauer der Patientenvisite und der Anzahl Patienten/Patientinnen und der Anzahl Auszubildender welche anwesend waren zu	90 Teams haben an der Studie teilgenommen. Die Forscher/Forscherinnen führten in der Studie eine Beschreibung der Teilnehmenden weiter aus. Dabei wurden 27 verschiedene Kombinationen der Zusammensetzung der Teams erfasst. Am häufigsten an der Patientenvisite nahmen der behandelnde Arzt, ein Assistent/eine Assistentin, ein Praktikant/eine Praktikantin und ein Medizinstudent/eine Medizinstudentin teil. Die Patientenvisite dauerte zwischen 25 und 241 Minuten. Im Schnitt wurden 9 Patienten/Patientinnen besprochen, wobei der mediane Zeitaufwand pro Patient/Patientin bei 5 Minuten liegt. Häufig wurde der Pflegeplan, Fragen zur Patientenversorgung, Laborwerte und die bildgebenden Verfahren besprochen. Selten jedoch werden über Hinweise der Pflege, Prophylaxen und Zu- und Abgänge diskutiert. Die Kommunikation mit dem Patienten/mit der Patientin wird vermehrt geführt, nicht jedoch im interprofessionellen Team. Zudem finden die meisten Aktivitäten nicht mehr am Patientenbett statt. Wurde die Patientenvisite mit ausgebildetem Personal geführt	Die Studie erfasst detaillierte Beobachtungen zu Patientenvisiten. Mehrere Teilnehmer/Teilnehmerinnen nehmen in der Regel daran teil, es werden im Schnitt 9 Patienten/Patientinnen besprochen, was bis zu 2 Stunden dauerte. Die Zusammensetzung des Teams, die Dauer und der Ort der Patientenvisite zeigt eine Heterogenität auf. Zudem werden vielfach dieselben Aktivitäten besprochen, dabei wird nur selten das Thema der Pflege oder Kommunikation aufgenommen. Die Patientenvisite übernimmt eine wichtige Rolle in der Patientenversorgung und Lehrtätigkeit. Vielfach wird beschrieben, dass die Stationsrunden weniger lange dauern würden als früher. Dem ist jedoch nicht so. Vor der Arbeitszeitbeschränkung im Jahre 2003 wurden 90-100 Minuten für Patientenvisiten in Anspruch genommen. Heute werden 105 Minuten aufgezeichnet. Es darf 80 Stunden pro Woche gearbeitet werden, davon werden täglich 122 Minuten für die Visite benötigt. Die Patientenvisite ist daher eine zentrale Aktivität im Gesundheitswesen. Es wird viel Wichtiges über die Versorgung diskutiert, jedoch selten über Prophylaxen oder Zu- und Abgänge gesprochen. Dies wäre aber von grosser Relevanz in Bezug auf die Patientensicherheit und das Minimieren medizinischer Komplikationen. In den Patientenvisiten fehlt es an interprofessioneller Kommunikation. Diese war noch nie so wichtig wie heutzutage. Die Verbesserung der Kommunikation, bei welcher sich auch das Pflorgeteam und Therapeuten

<p>Daher setzten es sich die Forscher/Forscherinnen zum Ziel, herauszufinden, ob die derzeitige Methode der Patientenvisite der Patientenversorgung und den Zielen der Ausbildung entspricht. Sie führten dafür eine prospektive Beobachtungsstudie über die Merkmale der Patientenvisiten durch.</p>	<p>sehen. Es wurde zudem das Poisson-Verteilungsmodell verwendet, um die Beziehung zwischen den Aktivitäten und dem Niveau der Erfahrung der Teilnehmenden im Führen einer Patientenvisite zu erkennen.</p>	<p>wurde mehr über Prophylaxen gesprochen, weiteres Krankenhauspersonal wurde miteinbezogen und es wurde vermehrt Feedback gegeben.</p>	<p>einbringen können, kann Gesundheitsvorgänge verbessern.</p> <p>Die Bildungsaktivität während der Patientenvisiten sank von 29% auf 9%. Vor allem die körperlichen Untersuchungskompetenzen wurden vernachlässigt. Daher soll der Lernprozess und die Patientenvisite so effizient wie möglich gestaltet werden.</p> <p>Die Studie zeigt zudem, dass die Schulung der behandelnden Ärzte ihr Verhalten bei der Patientenvisite beeinflusst. Es werden vermehrt Fragen zur Prophylaxe diskutiert, es wurde mit Mitgliedern des interprofessionellen Teams kommuniziert und den Lernenden vermehrt ein Feedback ausgesprochen.</p> <p>Die Forscher/Forscherinnen beschreiben einige Limitationen. Es wurden nur 4 Lehrkrankenhäuser in die Studie miteinbezogen, daher könnten die Ergebnisse für einen grösseren Umfang nicht repräsentativ sein.</p> <p>Zu der Zeit der Studie war sie die grösste und aktuellste Beobachtungsstudie zu diesem Thema, jedoch zeigte auch diese noch eine geringe Anzahl an Beobachtungen auf. Es ist daher unklar, ob die Ergebnisse anders ausgefallen wären, wenn mehr Beobachtungen erfasst worden wären.</p>
---	---	---	--

## Würdigung der Studie: Attending Rounds in the Current Era

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Die Studie behandelt eine wichtige Frage im Bereich des Gesundheitswesens. Nicht nur Pflegefachpersonen, auch andere Domänen können profitieren. Die Forschungsfrage wird klar beschrieben und mit bereits bestehender Literatur untermauert. Es wird keine Hypothese formuliert.	Das Forschungsdesign wurde passend für eine Querschnittstudie gewählt. Die interne und externe Validität wurde nicht weiter erwähnt, und es ist auch nicht klar ersichtlich, wie die Stichprobe gezogen wurde. Die Forscher/Forscherinnen diskutierten Limitationen (siehe Diskussion). Es wurden keine Drop-outs erwähnt und auch keine Vergleichsgruppe gebildet. Die Methode der Erhebung der Daten ist beschrieben und wurde bei allen gleich durchgeführt. Es wurden mehrere Messinstrumente verwendet, welche auch begründet wurden. Sie wurden passend gewählt und sind evidenzbasiert. Verzerrungen sind nicht ersichtlich und wurden nicht erwähnt. Die Analyse der Daten wurde nicht genauer beschrieben. Die Studie wurde durch die Krankenhäuser ethisch genehmigt, auf weitere ethische Fragen wurde nicht eingegangen.	In der Studie sind Tabellen und Graphiken zu finden. Diese stehen in Bezug zum Text und werden verständlich dargestellt	Die Resultate werden diskutiert und in Bezug zu bereits bestehenden Studien gebracht. Die Interpretationen sind nachvollziehbar und stimmten mit den Ergebnissen überein. Es wurde jedoch nicht nach alternativen Erklärungen gesucht. Es werden Stärken und Schwächen der Studie aufgezeigt. Die Studie könnte wiederholt werden, was auch nötig wäre, da sie bereits einige Jahre zurückliegt und die Forscher/Forscherinnen für weiteren Untersuchungen plädieren. Jedoch ist der Ablauf nicht genauestens nachzuvollziehen, was eine wiederholte Durchführung erschweren würde.



## **Gesamteinschätzung der Güte entsprechend den Gütekriterien von (Bartholomeyczik et al., 2008)**

### **Attending Rounds in the Current Era**

#### **- Objektivität:**

Die Daten wurden durch Medizinstudenten/Medizinstudentinnen erhoben. Diese wurden zuvor geschult und hatten keine oder eine nur minimale Beziehung zu den Teilnehmenden. Trotzdem wäre es möglich, dass die Studie dadurch beeinflusst wurde. Wer die Daten anschliessend auswertete, ist nicht klar.

#### **- Reliabilität:**

Es wurden mehrere evidenzbasierte und bekannte Messinstrumente verwendet. Jedoch wird nicht ganz klar, wie diese angewendet wurden und wie die Daten anschliessend analysiert wurden.

#### **- Validität:**

Die Ergebnisse beantworten die anfangs formulierte Fragestellung. Jedoch setzten die Forscher/Forscherinnen einige Limitationen, wodurch nicht genauestens zu sagen ist, wie die Beweiskraft der Ergebnisse zu interpretieren ist.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et. al. (2009):** Die Studie wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) eingeordnet, da es sich um eine Primärstudie handelt.

## Zusammenfassung der Studie: Improving nurse-physician communication and satisfaction in the intensive care unit with a daily goals worksheet

Autoren/Autorinnen: Narasinhham et al. (2018)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Kommunikation zwischen Ärzten/Ärztinnen und Pflegefachpersonen ist grundlegend und beeinflusst die Ergebnisse und Aufenthaltsdauer der Patienten/Patientinnen. Wird das Behandlungsziel dem Pflegepersonal nicht genau kommuniziert, kann dies zu unerwünschter und ineffektiver Pflege führen, was die Kosten und die Wahrscheinlichkeit medizinischer Fehler erhöht. Vielfach arbeitet das interprofessionelle Team zusammen, da ist es unerlässlich, dass alle Beteiligten das tägliche Ziel der Patienten/Patientinnen verstehen. Studien zeigen, dass das Verwenden eines Tagesziels zu deutlich besserem Verständnis der Ziele der Pflege und zu einer Verkürzung der Verweildauer auf der Intensivstation führt. Aufgrund dieser Grundlage haben die Forscher/Forscherinnen</p>	<p>Die Studie ist ein Projekt zur Qualitätsverbesserung und wurde durch den Prüfungsausschluss der Institution genehmigt. Sie wurde auf einer medizinischen Intensivstation des Beth Israel Medical Center, einem 697-Betten-Lehrkrankenhaus, durchgeführt. Die Intensivstation zählt 16 Betten und wird von einem Pflegedienstleiter und einer ärztlichen Direktion geführt. Das Verhältnis der Pflege zu den Patienten steht 2:1. Bei jedem Patienten/jeder Patientin werden täglich Patientenvisiten am Bett durchgeführt. Sie dauert durchschnittlich 30 Minuten pro Patienten/Patientin und dabei sind meist ein Arzt, eine Pflegefachperson und weitere wichtige Berufsgruppen anwesend. Durch ein tägliches Zielerbeitsblatt soll die Qualität der Versorgung verbessert werden. Das Arbeitsblatt wurde mit Hilfe von Pflegefachpersonen, Ärzten/Ärztinnen und anderem Pflegepersonal entworfen. Es wurde ausgedruckt, verwendet und anschliessend entsorgt und nicht in die Akten abgelegt. Alle anwesenden Mitarbeiter der Intensivstation nahmen im Zeitraum vom Januar 2004 bis März 2004 an der Studie teil. Sie beantworteten einen Fragebogen zur Zufriedenheit der Kommunikation vor der Einführung der Checkliste. Nach der Einführung wurden derselbe Fragebogen und ein Fragebogen über den Nutzen der Checkliste abgegeben. Die Daten wurden 1 Woche, 6 Wochen und 9</p>	<p>Das Ausfüllen des Fragebogens nahm im Schnitt eine Minute in Anspruch. Alle Fragebögen wurden ausgefüllt zurückgesendet, es gab keine Ausfälle. Die Ergebnisse wurden in Tabellen veranschaulicht. Nach 6 Wochen ist die grösste Verbesserung im Verständnis der Ziele ersichtlich. Die Pflege stieg von einem Wert von 3.9 auf 4.8, die Ärzteschaft von 4.6 auf 4.9. Auch nach 9 Monaten blieben die Werte hoch (4.4 und 4.6). Zudem zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Kommunikation. Bei den Pflegefachpersonen von 3.6 auf 4.3, bei den Ärzten/Ärztinnen von 3.4 auf 4.7. Nach der Implementierung wollte vor allem das Pflegepersonal eine Weiterführung des Gebrauchs (100 %), der Ärzteschaft war dies weniger wichtig (64%). Das Pflegepersonal ist der Meinung, dass sich das Arbeitsblatt positiv auf das Ergebnis der Patienten/Patientinnen auswirkt. Das Verständnis der Aufgaben und Ziele war bei den Ärzten/Ärztinnen tendenziell besser.</p>	<p>Die Ergebnisse unterstützen die Verwendung eines Tagesziel-Arbeitsblattes, um die Kommunikation zu unterstützen. Auch die Kommunikation mit anderen Interprofessionellen Mitgliedern, Angehörigen und Patienten/Patientinnen könnte verbessert werden, auch wenn dieser Aspekt nicht speziell untersucht wurde. Die Studie zeigt eine signifikante Verkürzung der Aufenthaltsdauer. Das Tagesziel wurde auf einem Klemmbrett am Bett des Patienten/der Patientin befestigt, so wussten alle Beteiligten über den Behandlungsplan Bescheid und das Ziel konnte mehrmals täglich überprüft und dementsprechend gehandelt werden. Dieser Faktor oder andere nicht gemessene könnten auch einen Beitrag zur Verkürzung der Dauer beigetragen haben. Zudem könnte die verbesserte Kommunikation den Entscheid der Sedierung oder Extubation beeinflusst haben. Pflegefachpersonen ist es teilweise nicht möglich, an den Patientenvisiten teilzunehmen, da andere pflegerische Tätigkeiten durchgeführt werden müssen. Durch das Arbeitsblatt haben sie trotzdem ein verbessertes Verständnis über den Pflegeplan sowie die anstehenden Aufgaben und können so die Pflege angemessener planen. Auf dem Blatt befindet sich ausreichend Platz, um es während den Patientenvisiten auszufüllen, was nur einen minimalen Zeitaufwand benötigt. Die ausgefüllte Liste kann dann auf den abendlichen Runden überprüft werden, um den Fortschritt zu beurteilen. Zudem kann das Arbeitsblatt leicht modifiziert und auf andere Institutionen angewendet werden. Einzelne Studien haben das Wahrnehmen und die Kooperation zwischen dem Pflegepersonal und der</p>

<p>eine Initiative zur Qualitätsverbesserung auf einer medizinischen Intensivstation gestartet, um festzustellen, ob das Verwenden eines Zielerbeitsblattes die Kommunikation zwischen den Mitgliedern des Gesundheitsteams, des Patienten/der Patientin und den Familienangehörigen verbessert.</p>	<p>Monate nach der Einführung mit Hilfe einer 5-Punkte-Skala erhoben. Diese 9 Monate wurden dann mit der gleichen Zeitspanne des vorherigen Jahres verglichen. Die Aufenthaltsdauer und die Fragebogendaten, sowie deren statistischen Berechnungen wurden in eine Microsoft Excel-Tabelle übertragen. Die Forschenden gingen davon aus, dass die Aufenthaltsdauer normalverteilt sei. Die kontinuierlichen Variablen wurden mit Hilfe des t-Tests ausgewertet und für die kategorischen Daten wurde der x2-Test verwendet. <math>P &lt; \text{oder gleich } 0.05</math> wurde als signifikant definiert.</p>	<p>Durch das Durchführen eines Zielerbeitsblattes sank die mittlere Verweildauer der Patienten/Patientinnen. In den 9 Monaten im Jahre 2004 war die durchschnittliche Dauer 4.3 Tage, im Vergleich im Jahre 2003 waren es 6.4 Tage. Dabei hat das Personal keinen grossen Wechsel aufgezeigt, und es wurden keine weiteren Massnahmen zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer eingeführt.</p>	<p>Ärztenschaft untersucht. Ärzte/Ärztinnen neigen dazu, die Kommunikation besser zu bewerten als Pflegefachpersonen. Auch diese Studie zeigt ähnliche Ergebnisse. Dies kann sich negativ auf die Konfliktlösung auswirken. Die Forscher/Forscherinnen benennen einige Limitationen. Die Studie wurde in einem kurzen Zeitraum auf einer Intensivstation durchgeführt, weshalb sie eventuell nicht auf andere Institutionen übertragbar ist. Zudem können die Ergebnisse je nach Ausbildung und Zusammensetzung des Teams variieren. Auf der untersuchten Intensivstation arbeiteten überwiegend weibliche Pflegefachpersonen. Frühere Studien zeigten, dass Pflegefachfrauen die Zusammenarbeit schlechter einschätzen als Pflegefachmänner. Zukünftige Projekte sollten nach Meinung der Forscher/Forscherinnen den Unterschied des Einflusses der Verwendung eines Arbeitsblattes in Bezug auf die Sterblichkeit und die Bewertung der Zufriedenheit anderer Mitglieder des Teams oder der Familie miteinbeziehen.</p>
--	---	---	---

## Würdigung der Studie: Improving nurse-physician communication and satisfaction in the intensive care unit with a daily goals worksheet

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie behandelt ein wichtiges Thema in Bezug auf die Arbeit als Pflegefachperson. Das Phänomen wurde klar beschrieben und mit bestehender Literatur untermauert.</p> <p>Das Ziel wurde klar formuliert. Die Forscher/Forscherinnen wollten herausfinden, ob die Verwendung einer Checkliste die Kommunikation zwischen Mitgliedern des Pflgeteams, des Patienten/der Patientin und der Familie verbessert.</p>	<p>Explizit wurde kein Forschungsansatz genannt. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich um eine quantitative Studie handelt.</p> <p>Es wurde keine Stichprobe gezogen, alle Mitglieder der Intensivstation nahmen an der Studie teil. Es wurde auch nicht klar, wie viele Teilnehmer die Studie zählt. Es ist nur bekannt, dass die Station 16 Betten zählt und das Verhältnis zwischen Pflege und Patienten 2:1 ist.</p> <p>Der angewendete Fragebogen wurde beschrieben und auch in der Studie abgebildet. Die Datensättigung und auch die Selbstbestimmung werden nicht diskutiert.</p> <p>Die Instrumente, welche für die Auswertung der Daten genutzt wurde, wurden aufgeführt, jedoch wird nicht näher darauf eingegangen, wie die Daten ausgewertet wurden. Zudem ist nicht zu erkennen, wer die Analyse und Erhebung der Daten durchgeführt hat. Die Forscher/Forscherinnen verwendeten jedoch evidenzbasierte Messinstrumente.</p>	<p>Die Ergebnisse werden in der Studie übersichtlich dargestellt. Es ist auch klar, mit welchen Instrumenten die Daten analysiert wurden, jedoch nicht wie diese ausgewertet wurden.</p> <p>In der Fragestellung wird die Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen, der Ärzteschaft, den Patienten/Patientinnen und der Familie erwähnt. Untersucht wurde jedoch nur die Kommunikation zwischen dem Pflegefach- und dem ärztlichen Personal.</p> <p>Die Ergebnisse wurden klar aufgeführt und nachvollziehbar interpretiert.</p> <p>Zur Frage steht, ob die mittlere Verweildauer aufgrund der Checkliste gesunken ist, oder die Intensivstation zu dieser Zeit vorwiegend Patienten/Patientinnen mit anderen Diagnosen pflegte. Zudem könnten andere Faktoren in diesem Zusammenhang das Ergebnis beeinflusst haben, was die Forscher/Forscherinnen jedoch auch aufgeführt haben.</p>	<p>Die Ergebnisse geben Aufschluss zum besseren Verstehen des Phänomens, was relevant und brauchbar in der Pflegepraxis ist. Die Forschungsfrage konnte teilweise beantwortet werden (siehe Ergebnisse).</p> <p>Es wurde keine Schlussfolgerung formuliert. Es werden jedoch Empfehlungen für weitere Forschung erwähnt.</p>

### **Gesamteinschätzung der Güte entsprechend den Gütekriterien von (Bartholomeyczik et al., 2008)**

#### **Improving nurse-physician communication and satisfaction in the intensive care unit with a daily goals worksheet**

##### **- Objektivität**

Alle Teilnehmenden füllten denselben Fragebogen aus, welcher auch in der Studie abgebildet ist. Um eine Vollständigkeit der Daten zu erreichen, wurden die 9 Monate aus dem Vorjahr mit der Zeitspanne der Studie verglichen. Beeinflussende Faktoren wurden dabei besprochen. Die Ergebnisse wurden nicht mit weiteren Forschenden oder den Teilnehmenden besprochen. Alle Fragebogen wurden zurückgesandt, es gab keine Drop-outs.

##### **- Reliabilität**

Die Forscher/Forscherinnen verwendeten evidenzbasierte Messinstrumente und führten diese in der Studie auf. Jedoch wird aus dem Lesen der Studie nicht klar, wie die Daten erhoben und ausgewertet wurden und wer diese Daten erfasste. Die Daten wurden an verschiedenen Messzeitpunkten gemessen und das Setting wurde klar beschrieben.

##### **- Validität**

Die externe Validität ist durch die kurze Zeitspanne und Unklarheit der Stichprobengrösse nicht gewährleistet. Die interne Validität hingegen wurde erfüllt. Es wurden passende Daten zur Beantwortung der Fragestellung erhoben.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et. al. (2009):** Die Studie wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) eingeordnet, da es sich um eine Primärstudie handelt.

## Zusammenfassung der Studie: Validation of a checklist to assess ward round performance in internal medicine

Autoren/Autorinnen: Norgaard et al. (2004)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Durchführung der Patientenvisite ist ein wichtiger Teil der Arbeit von Ärzten/Ärztinnen und Pflegefachpersonen. Studien haben gezeigt, dass interprofessionelle Zusammenarbeit während der Patientenvisite ein wichtiger Faktor ist, um die Aufenthaltsdauer der Patienten/Patientinnen im Krankenhaus zu reduzieren und Gesundheitskosten einzusparen. Es zeigte sich jedoch, dass vor allem Ärzte/Ärztinnen während ihrer Ausbildung zu wenig auf die Durchführung der Visite vorbereitet werden und es dadurch zu Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit kommen kann. Vor Beginn dieser Studie wurde eine Checkliste in Zusammenarbeit mit Ärzten/Ärztinnen aus 8</p>	<p>Das methodische Vorgehen wurde von den Forschenden nicht genannt. Es kann jedoch anhand des Vorgehens von einem quantitativen Design ausgegangen werden. Bei der Population handelt es sich um Internisten/Internistinnen aus vier Universitätsspitalern in Kopenhagen, Dänemark. Die ausgearbeitete Checkliste wurde allen angestellten Ärzte/Ärztinnen des Departementes Innere Medizin (n=295) gemailt und sie wurden gebeten, die Relevanz aller in der Checkliste enthaltenen Punkte sowie die Vollständigkeit der Liste zu überprüfen. Die Checkliste bestand aus zehn Punkten, unterteilt in drei Kategorien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2 Punkte zur Vorbereitung der Patientenvisite</li> <li>2. 5 Punkte zur eigentlichen Patientenvisite</li> <li>3. 3 Punkte zur Nachbesprechung und Problemen der Patientenvisite</li> </ol> <p>Für jeden der zehn Punkte wurden die befragten Personen gebeten, auf einer 5-Punkte-Ordinalskala (0=gar nicht relevant, 4=sehr relevant) ihre Meinung zur jeweiligen Relevanz anzugeben. Zudem wurden in einem Fragebogen die Vollständigkeit der Checkliste und Hintergrunddaten wie Geschlecht, Fachrichtung etc. erfragt. Für die Auswertung der Daten wurden deskriptive Statistiken verwendet. Um die Angemessenheit der 3 oben genannten Kategorien zu beurteilen, wurde eine explorative Faktoranalyse durchgeführt.</p> <p>In einem weiteren Schritt wurde die Checkliste in der Praxis im medizinischen Zentrum einer der oben aufgeführten Universitätsspitäler angewendet und auf ihre Validität geprüft. Ein geschulter Beobachter verwendete die Checkliste, um 32 Patientenvisiten zu beurteilen. Die Beobachtungen wurden in 4 unterschiedlichen Gruppen von Ärzten/Ärztinnen gemacht: Assistenzärzte zu Beginn der Ausbildung (JHOs), erfahrene Assistenzärzte (SHOs), Spezialisten in der Ausbildung sowie ausgebildete Spezialisten. Die Patientenvisite wurde immer in Zusammenarbeit mit einer Pflegefachperson durchgeführt, welche danach die Visite anonym ebenfalls bewertete. Der Beobachter und die Pflegefachpersonen verwendeten zwei Instrumente zur Beurteilung: Zum einen die Checkliste mit einer Bewertung von 0-4 für jeden Abschnitt. Nach jeder Patientenvisite wurde der Mittelwert der</p>	<p>238 Ärzte/Ärztinnen füllten den Fragebogen aus. Sie waren gleichmässig auf die vier Universitätsspitäler verteilt. 79 Teilnehmer (34%) fanden, dass alle Punkte der Checkliste in hohem Mass (Wert von 4) relevant waren. 120 (52%) gaben an, den Umfang als umfassend (Wert von 3) zu empfinden, für 27 (12%) Teilnehmer waren die Punkte teilweise vollständig (Wert von 2) und für 5 Teilnehmer (2%) nur in geringem Mass (Wert von 1). Niemand beurteilte die Checkliste als nicht relevant (Wert von 0). Alle einzelnen Punkte der Checkliste wurden durch die Befragten als relevant beurteilt. Alle wurden mit einem Wert von 2 (=teilweise relevant) oder höher beurteilt.</p> <p>Die Checkliste wurde in der Praxis bei verschiedenen Ärzten/Ärztinnen mit unterschiedlichem Fachwissen angewendet. Es wurden signifikante Unterschiede in der Beurteilung der Patientenvisite zwischen Assistenzärzten mit wenig Erfahrung und erfahrenen Assistenzärzten sowie zwischen</p>	<p>Die Forschenden kommen durch die Befragungen zum Schluss, dass alle in der Checkliste enthaltenen Punkte relevant und verständlich waren. Die Hypothese, dass erfahrene Ärzte/Ärztinnen bessere Ergebnisse erzielen werden, konnte anhand der Anwendung in der Praxis bestätigt werden.</p> <p>In der Studie wird diskutiert, dass die Beobachter während der Anwendung über das Bildungsniveau der Ärzte/Ärztinnen in Kenntnis waren. Die Forschenden argumentieren jedoch, dass dieser Ansatz bewusst gewählt wurde, um die Konstanz der Auswertung zu erhöhen. Die Auswertung des Fragebogens zur Checkliste besagte, dass Punkt 10 der Liste („Bewertung der Patientenvisite im Team“) als am wenigsten relevant bewertet wurde. Auch andere Studien haben bereits gezeigt, dass der Teamfähigkeit von Ärzten/Ärztinnen zu wenig Beachtung geschenkt wird. Die Forscher diskutieren, dass es in der Praxis nicht üblich ist, Arbeitsabläufe innerhalb des interprofessionellen Teams zu verbalisieren, Teamarbeit zu bewerten und zu reflektieren. Sie machen deutlich, dass der interprofessionellen Teamarbeit mehr Beachtung geschenkt werden muss und diese bereits in der Ausbildung vertieft thematisiert werden soll. Die</p>

<p>Universitätsspitäler erstellt, die als Lerninstrument während der Ausbildung sowie als Beurteilungsinstrument dienen kann. Das Ziel dieser Studie ist es, diese Checkliste in der Praxis zu validieren.</p>	<p>erreichten Punkte berechnet. Des Weiteren wurde eine Intervallskala zur Beurteilung der Gesamtleistung (von 0 bis 4) angewendet. Da die Daten nicht normalverteilt waren, wurde der Kruskal-Wallis-Test (Varianzanalyse) zum Vergleich der Punktzahlen innerhalb der vier Gruppen verwendet sowie anschliessend der Mann-Whitney-Test zum individuellen Vergleich der Gruppen. Der Pearson-Korrelationskoeffizient wurde berechnet. Es wurde keine ethische Genehmigung für die Studie eingeholt.</p>	<p>Spezialisten in der Ausbildung und ausgebildeten Spezialisten festgestellt. Keine signifikanten Unterschiede gab es zwischen SHOs und Spezialisten in der Ausbildung. Je mehr Erfahrung die Ärzte hatten, desto besser schnitten sie bei der Beurteilung der Patientenvsiste anhand der Checkliste ab.</p>	<p>Checkliste könnte dafür ein hilfreiches Mittel sein. Die Forschenden machen darauf aufmerksam, dass weitere Studien nötig sind, um die Durchführbarkeit und Zuverlässigkeit der Checkliste als Instrument zu bewerten.</p>
--	--	---	---

## Würdigung der Studie: Validation of a checklist to assess ward round performance in internal medicine

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie befasst sich mit der interprofessionellen Zusammenarbeit während der Patientenvisite und ist somit relevant für die Pflege. Sie enthält auch Aspekte des ärztlichen Aufgabenbereichs und geht auf die ungenügende Vorbereitung der Ärzte/Ärztinnen während deren Ausbildung ein. Die Studie ist für die Beantwortung der Fragestellung dieser Bachelorarbeit relevant. In das Thema wird mit vorhandener Literatur verständlich eingeführt. Das Ziel und der Zweck der Studie sind klar formuliert. Die Forschungsfrage ist nicht explizit formuliert, lässt sich jedoch logisch aus dem Kontext ableiten. Das Forschungsziel wurde mit der Hypothese, dass erfahrene Ärzte/Ärztinnen in der Bewertung durch die Checkliste höhere Werte erzielen würden als unerfahrene, ergänzt.</p>	<p>Das quantitative Design der Studie ist sinnvoll. Die gezielte Befragung der Ärzte und die Beobachtung in der Praxis ist zielführend. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Forschenden eine Machbarkeitsstudie durchgeführt haben, dies wird in der Studie jedoch nicht diskutiert. In Verbindung mit der Forschungsfrage wäre dieses Design sinnvoll. Die untersuchte Checkliste ist der Studie vollständig zu entnehmen. Die Stichprobenziehung scheint angebracht, wird jedoch nicht begründet oder berechnet. Die Drop-outs werden aufgezeigt und begründet. Sie beeinflussen die Ergebnisse nicht.</p> <p>Die Datenerhebung für die Fragestellung ist sinnvoll, jedoch nicht vollständig nachvollziehbar, da der Fragebogen zur Befragung der Ärzte/Ärztinnen in der Studie nicht abgebildet ist. Die Methoden der Datenerhebung sind bei allen Teilnehmenden gleich.</p> <p>Die angewendeten Messinstrumente sind zuverlässig und valide. Deren Auswahl wird nachvollziehbar begründet.</p> <p>Das Vorgehen der Datenanalyse ist knapp beschrieben und nicht vollständig nachvollziehbar. Das Durchführen einer explorativen Faktoranalyse scheint sinnvoll, da somit aus verschiedenen Variablen aus Beobachtungen auf wenige zugrundeliegende Faktoren geschlossen werden kann. Trotzdem sind die einzelnen Schritte nicht nachvollziehbar dargestellt.</p> <p>Bei den Beobachtungen in der Praxis ist die Stichprobengrösse angemessen, wird jedoch nicht diskutiert. Es wird auch nicht beschrieben, wie die Forschenden bei der Stichprobenziehung vorgegangen sind und ob diese zufällig stattgefunden hat. Die Stichprobe wird in vier unterschiedliche Gruppen unterteilt, diese werden jedoch nicht genau definiert und beschrieben. Der philosophische Hintergrund der Arbeit ist nicht dargestellt. Das methodische Vorgehen stimmt mit dem quantitativen Forschungsansatz überein.</p> <p>Das Vorgehen der Datenanalyse ist eher knapp beschrieben. Die Wahl des Kruskal-Wallis-Test sowie des Mann-Whitney-Test erscheint sinnvoll, um die vier Gruppen untereinander zu vergleichen. Da die Daten nicht normalverteilt sind, ist der Einsatz dieser statistischen Tests sinnvoll. Die einzelnen Schritte sind jedoch nicht nachvollziehbar.</p>	<p>Die Ergebnisse aus den Befragungen der Ärzte/Ärztinnen wurden in einer Tabelle dargestellt und dienen als Ergänzung zum Text. Der Median und die Standardabweichung sind der Tabelle ebenfalls zu entnehmen. Daran kann abgeleitet werden, dass nicht alle Daten normalverteilt waren (SD nicht grösser als ¼ des Medians).</p> <p>Die Ergebnisse aus der Beurteilung der Patientenvisite in der Praxis anhand der Checkliste sind präzise, werden jedoch nicht in einer Tabelle dargestellt. Bei den Untersuchungen war immer nur ein Beobachter anwesend, somit könnte es zu Verzerrungen in der Interrater-Reliabilität gekommen sein. Dies müsste weiter untersucht werden und wird von den Forschenden in den Limitationen der Studie genannt.</p>	<p>Die Interpretation der Ergebnisse erscheint logisch und trägt zu einem besseren Verständnis bei. Die Interpretationen stimmen mit den Ergebnissen überein. Die Ergebnisse werden mit bereits vorhandener Literatur in Verbindung gebracht und verglichen, wobei darauf aufmerksam gemacht wird, dass nach dem Kenntnisstand der Forscher dies die erste Studie über eine aufgabenspezifische Checkliste mit Bewertungsverfahren ist.</p> <p>Es wird in grossem Mass über die Wichtigkeit der interprofessionellen Teamarbeit diskutiert, was auch die Bedeutung der Ergebnisse für die Pflege unterstreicht. Es werden jedoch keine Empfehlungen für die Praxis abgeleitet und keine expliziten Schlussfolgerungen gemacht. Ebenso werden die Stärken und Schwächen der Studie zu wenig von den Forschenden diskutiert. Die Ergebnisse sind interessant, jedoch wäre es spannend zu erfahren, inwiefern sich die Checkliste aus Sicht der Forschenden in die Praxis einbringen lässt und wie die genaue Umsetzung zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit aussehen würde. Dafür müsste die Umsetzbarkeit der Checkliste in der Praxis weiter geprüft werden.</p>



	Es kann angenommen werden, dass zwischen den Forschenden und den Teilnehmenden keine Beziehung bestand. Dies wird in der Studie jedoch nicht diskutiert. Weitere ethische Fragen werden in der Studie ebenfalls nicht diskutiert.		
--	---	--	--

## **Gesamteinschätzung der Güte entsprechend den Gütekriterien von (Bartholomeyczik et al., 2008)**

### **Validation of a checklist to assess ward round performance in internal medicine**

- **Objektivität:** Alle teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen füllten denselben Fragebogen aus, der in der Studie jedoch nicht abgebildet wurde. An der Erhebung dieser Daten waren die Forschenden nicht beteiligt, was eine Verzerrung ausschliesst. Bei der Anwendung der Checkliste in der Praxis wurde sie von einem geschulten Beobachter eingesetzt. Ob dieser dem Forschungsteam angehörte oder nicht, kann der Studie nicht entnommen werden. Die soziale Interaktion zwischen den Versuchsleitern und den Teilnehmenden kann nicht beurteilt werden. Die Forschenden waren über das Bildungsniveau (Berufserfahrung) der Ärzte/Ärztinnen in Kenntnis, dieser Ansatz wurde jedoch bewusst so gewählt und diskutiert.

- **Reliabilität:** Die untersuchte Checkliste ist in der Studie abgebildet, was die Nachvollziehbarkeit und Replizierbarkeit erhöht. Der Fragebogen zur Befragung der Ärzte/Ärztinnen kann der Studie jedoch nicht entnommen werden, was die genannten Parameter einschränkt. Die Datenerhebung und –analyse ist nicht vollständig nachvollziehbar. Die eingesetzten Messinstrumente sind jedoch klar beschrieben und erscheinen sinnvoll. Da bei den Beobachtungen nur ein Beobachter anwesend war, könnte es zu Verzerrungen in der Interrater-Reliabilität gekommen sein.

**Validität:** Die interne Validität ist schwer beurteilbar, da das Ausmass von Bias von den Forschenden nicht diskutiert wurde. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die wahren Effekte der Intervention (Checkliste) dargestellt werden konnten.

Die externe Validität ist gewährleistet und die Ergebnisse lassen sich auch ausserhalb der Untersuchung anwenden.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et. al. (2009):** Die Studie wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) eingeordnet, da es sich um eine Primärstudie handelt.

## Zusammenfassung der Studie: Development of a checklist for documenting team and collaborative behaviors during multidisciplinary bedside rounds

Autoren/Autorinnen: Henneman et al. (2013)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Teamarbeit und interprofessionelle Zusammenarbeit sind zentral für die Verbesserung von Gesundheitsergebnissen und die Patientensicherheit. Diese Variablen können während der Patientenvisite gesehen, bewertet und beurteilt werden. Um diese Bewertung vorzunehmen, wird ein geeignetes Instrument zur Datenerhebung benötigt, welches in der Literatur jedoch nicht zu finden war. Das Ziel dieser Studie war es daher, ein valides und zuverlässiges Bewertungsinstrument für die Patientenvisite zu entwickeln, um objektive Daten über das teambezogene Verhalten von Gesundheitsfachpersonen, Patienten/Patientinnen und deren Angehörigen zu sammeln. Der Entwicklungsprozess sollte dokumentiert werden. Die Forschenden definieren die Variablen „Teamarbeit“ und „Zusammenarbeit“ unter Einbezug von bestehender Literatur.</p>	<p>Es handelt sich um eine quantitative Studie. Das Studiendesign wird nicht diskutiert und begründet. Das Projekt wurde auf drei allgemeinmedizinischen Abteilungen eines Universitätsspitals im Nordosten der USA durchgeführt.</p> <p>In einem ersten Schritt wurde von den Forschenden, basierend auf bestehender Literatur, eine Checkliste für die Durchführung von Patientenvisiten entwickelt. Dabei sollten die Teamarbeit und interprofessionelle Zusammenarbeit im Fokus stehen. Zudem wurde ein Handbuch erstellt, welches Definitionen und Beispiele zum besseren Verständnis enthielt.</p> <p>In einem zweiten Schritt wurde die Checkliste während einen Zeitraum von sechs Monaten in der Praxis (drei allgemeinmedizinischen Abteilungen) angewendet und getestet. Dabei wurde das Instrument von geschulten Beobachtern während der Patientenvisite eingesetzt. Die Beobachter waren angewiesen, sich während der Gespräche unauffällig im Hintergrund zu halten und die Qualität anhand der Checkliste zu beurteilen. Zusätzlich wurde die Validität, Zuverlässigkeit und Benutzerfreundlichkeit des Instruments evaluiert.</p> <p>Anhand der Beobachtungen aus der Praxis wurde die Checkliste von den Forschenden in einem iterativen Prozess überarbeitet und angepasst. Insgesamt wurden fünf Versionen entwickelt. Das endgültige Instrument besteht aus 23 Punkten, unter anderem:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anwesenheit und Beteiligung von Pflegefachpersonen</li> <li>2. Einbezug und Beteiligung der Patienten/Patientinnen</li> <li>3. Entwicklung von Pflegeplänen und -zielen</li> <li>4. Einbezug der Angehörigen</li> <li>5. Einsatz von Technologien</li> <li>6. Umgang der Fachpersonen mit Patienten/Patientinnen</li> </ol>	<p>Die Forschenden konnten eine valide und zuverlässige Anleitung zur Erfassung von objektiven Daten des Team- und Kooperationsverhaltens von Ärzten/Ärztinnen, Pflegefachpersonen, Patienten/Patientinnen und Angehörigen in Form einer Checkliste entwickeln.</p> <p>Die Checkliste wurde zur Beurteilung der Auswirkungen von interdisziplinären Patientenvisiten auf allgemeinmedizinischen Abteilungen entwickelt.</p>	<p>Mit Hilfe der Checkliste kann das Verhalten der Teammitglieder während den Patientenvisiten effektiv erfasst und objektiv beurteilt werden. Es erfordert jedoch eine kurze Schulung, die laut den Forschenden ca. 30 Minuten dauert.</p> <p>Obwohl der Hauptzweck der Studie darin bestand, Team- und Kooperationsverhalten bewerten zu können, konnten auch einige zusätzliche Informationen wie die Dauer der Patientenvisiten gesammelt werden.</p> <p>Die Studie weist einige Limitationen auf: Die Checkliste liefert beispielsweise keine Informationen über die Qualität des Verhaltens der einzelnen Mitglieder des Teams während den Patientenvisiten.</p> <p>Optimale Patientenvisiten waren aus Sicht der Forschenden diejenigen, die patientenzentriert waren, die Pflegefachpersonen und Angehörige involvierten, effizient waren und unterstützende, schulende Hilfsmittel (wie Technologie usw.) nutzten. Die Zeit, die Pflegefachpersonen während der Patientenvisite am Bett verbrachten, variierte je nach Patient/Patientin und Arbeitsbelastung. So waren sie eher bei Visiten in einem frühen Stadium des Krankenhausaufenthaltes und bei Veränderungen des Zustandes anwesend.</p> <p>Die Forschenden diskutieren auch die Wichtigkeit, dass Fachpersonen physisch eine Umgebung schaffen, in der alle Mitglieder des Teams wie auch Patienten und ihre Angehörige einander sehen und hören können. Obwohl dies nicht explizit untersucht wurde, unterstreichen sie, dass wenn eine Person sich selbst oder ihren Beitrag</p>

	<p>Alle 23 Punkte können mit „Ja“, „Nein“ oder „nicht anwendbar“ bewertet werden.</p> <p>Die Forschenden haben bei der Ethikkommission des Krankenhauses eine Genehmigung eingeholt. Weitere ethischen Fragen wurden nicht diskutiert.</p>		<p>als nicht wesentlich ansieht, sie schnell am Rande des Prozesses stehen kann.</p> <p>Die Zuverlässigkeit und Gültigkeit der Checkliste muss in weiteren Studien untersucht werden. Das Instrument muss gemäss den Forschenden dem Einsatzort angepasst werden.</p>
--	--	--	---

## Würdigung der Studie: Development of a checklist for documenting team and collaborative behaviors during multidisciplinary bedside rounds

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet nicht direkt eine wichtige Frage der Berufspraxis, hat jedoch zum Ziel, mit einer Intervention die interprofessionelle Zusammenarbeit zu steigern, was ein wichtiges Thema für die Qualität der Pflege darstellt. Das Forschungsziel ist klar definiert, eine Forschungsfrage wurde nicht formuliert. Hypothesen werden keine gebildet. Das Thema wird logisch und verständlich dargestellt und mit bestehender Literatur unterstrichen. Zusätzlich werden für die Studie wichtige Begriffe definiert und erläutert.</p>	<p>Das quantitative Design ist sinnvoll, da es sich um die Entwicklung und Implementierung eines Bewertungsinstruments handelt.</p> <p>Das methodische Vorgehen der Forschenden bleibt in vielen Bereichen unklar.</p> <p>Der Entwicklungsprozess der Checkliste ist verständlich beschrieben. Die Forschenden erläutern klar, welche Grundlagen zur Erstellung und Auswahl der einzelnen Punkte der Checkliste führten. Es bleibt jedoch unklar, wie gross die Stichprobe bei der Anwendung in der Praxis war und bei wie vielen Patientenvisiten das Instrument getestet wurde. Eine Vergleichsgruppe wurde nicht erstellt. Auch Drop-outs werden in der Studie nicht erwähnt.</p> <p>Bei der Datenerhebung geht es um die Anwendbarkeit des ausgearbeiteten Messinstruments für Patientenvisiten. Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung ist unklar beschrieben.</p> <p>Die Testbedingungen und das Setting werden verständlich geschildert, es kann jedoch nicht ausgewertet werden, ob die Methoden bei allen Teilnehmenden gleich waren oder ob immer die gleiche Person des Forschungsteams an den Patientenvisiten zur Beurteilung teilgenommen hat.</p> <p>Das Messinstrument konnte als valide und zuverlässig erklärt werden. Wie die Forschenden zu diesem Schluss gekommen sind, bleibt unklar. Die gesamte Checkliste ist in der Studie ersichtlich und auch Ausschnitte aus dem Handbuch (mit Definitionen und Erklärungsbeispielen) sind sichtbar.</p> <p>Das Verfahren der Datenanalyse ist nicht klar beschrieben. Welche statistischen Verfahren eingesetzt wurden, ist nicht verständlich formuliert. Die einzelnen Schritte sind demnach nicht beurteilbar.</p> <p>Die Studie wurde von der Ethikkommission des Krankenhauses genehmigt. Es ist anzunehmen, dass zwischen den Forschenden und den an der Patientenvisiten teilnehmenden Personen keine Beziehung bestand.</p>	<p>Die Ergebnisse sind sehr kurz beschrieben, jedoch verständlich und nachvollziehbar. In Tabellenform sind die endgültige Checkliste und Ausschnitte aus dem entwickelten Handbuch ersichtlich.</p>	<p>Die Interpretation der Ergebnisse und Ausarbeitung der Checkliste scheint sinnvoll. Die Ergebnisse werden nicht mit vorhandener Literatur verglichen. Es wurde auch nicht nach alternativen Erklärungen gesucht, was jedoch für die Art der Studie logisch erscheint.</p> <p>Die Studie erscheint nur zum Teil sinnvoll, da ein grosser Teil des methodischen Vorgehens unklar bleibt und die Beurteilung der Ergebnisse erschwert ist.</p> <p>Die Checkliste ist sicherlich in anderen Settings einsetzbar, müsste jedoch je nach Einsatzort angepasst werden. Dies erwähnen die Forschenden in der Studie.</p>

### **Gesamteinschätzung der Güte entsprechend den Gütekriterien von (Bartholomeyczik et al., 2008)**

#### **Development of a checklist for documenting team and collaborative behaviors during multidisciplinary bedside rounds**

- **Objektivität:** Es bleibt unklar, ob die Checkliste immer im gleichen Umfang in der Praxis getestet wurde. Ebenso ist unklar, ob immer die gleiche Person aus dem Forschungsteam anwesend war und anhand welcher Kriterien das Instrument getestet wurde. Die Standardisierung der Testsituation kann nicht bewertet werden. Es ist anzunehmen, dass die Forschenden nicht an der Datenerhebung beteiligt waren, was eine Verzerrung ausschliessen würde.

- **Reliabilität:** Das methodische Vorgehen ist nur zum Teil beschrieben, was die Reliabilität einschränkt. Daher ist der Grad der Nachvollziehbarkeit eher gering und die Replizierbarkeit eingeschränkt. Die Checkliste ist der Studie abgebildet. Sie könnte in der Praxis angewendet und für weitere Untersuchungen verwendet werden.

- **Validität:** Die interne Validität ist schwer beurteilbar, da grosse Teile des methodischen Vorgehens und somit das Ausmass von Bias und Zufallsfehlern unklar bleiben. Es wird in der Studie beschrieben, dass die Beobachter angeleitet waren, sich stets im Hintergrund der Patientenvsiste aufzuhalten, andere Standardisierungen der Untersuchungssituation und des Versuchsleiterverhaltens werden nicht beschrieben. Die externe Validität ist gewährleistet, da sich die Ergebnisse auf Versuchssituationen im realen Leben anwenden und generalisieren lassen.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et. al. (2009):** Die Studie wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) eingeordnet, da es sich um eine Primärstudie handelt.

## Zusammenfassung der Studie: Structured Interdisciplinary Bedside Rounds in an Australian tertiary hospital emergency department: Patient satisfaction and staff perspectives

Autoren/Autorinnen: Chow et al. (2018)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Regelmässige Patientenvisiten sind in der Patientenversorgung essentiell. Der vorrangige Zweck ist dabei, relevante Patienteninformationen zwischen an der Behandlung involvierten Fachpersonen weiterzugeben und auch die Kommunikation zwischen Patienten/Patientinnen und ihren Familien zu gewährleisten. In der Notfallpflege nehmen Patientenvisiten und Übergaben einen wichtigen Stellenwert ein, um die Patientensicherheit, den Arbeitsablauf und die Qualität der Pflege zu gewährleisten. Zeitdruck führt dazu, dass wesentliche klinische Prozesse wie Patientenvisiten gekürzt werden müssen und die Qualität somit abnimmt. Strukturierte interdisziplinäre Patientenvisiten werden daher als Instrument zur Verbesserung des	<p>Die Studie setzt sich aus zwei Teilen zusammen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patientenzufriedenheitsstudie: Eine observative Querschnittsstudie zum Vergleich von strukturierten interdisziplinären Patientenvisiten (=structured interdisciplinary bedside rounds, SIBR) und traditionellen medizinischen Visiten (=traditional medical ward rounds, TR).</li> <li>2. Personalperspektivenstudie: Eine Querschnittsstudie der Perspektiven des Personals gegenüber SIBR und TR.</li> </ol> <p>Als Forschungsdesign wurde demnach der quantitative Ansatz gewählt.</p> <p>Die Untersuchungen wurden am Notfalldepartement des Westmead Hospital in Sydney, Australien durchgeführt.</p> <p>Die Forschenden erläutern im Methodenabschnitt das Konzept der SIBR genauer: Im Rahmen der Studie wurde eine modifizierte Version des SIBR verwendet: Es musste während der Patientenvisite immer mindestens ein Arzt/eine Ärztin und eine Pflegefachperson anwesend sein. Patienten/Patientinnen und ihre Angehörige mussten die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen. Mindestens zwei der vier folgenden Kriterien mussten ebenfalls erfüllt sein: Die Mehrheit des Teams stellt sich vor, Patienten sind an Diskussionen involviert oder werden angesprochen, Probleme werden im Team diskutiert, nächste Schritte werden mit Patienten besprochen.</p> <p>Die Forschenden waren während den Patientenvisiten anwesend. Sie klassifizierten jede dieser Visiten auf der Station als SIBR oder TR, basierend auf den oben genannten vordefinierten Kriterien und massen die Zeit während jeder Interaktion. Nach der Visite wurden die Patienten/Patientinnen mit anonymen Fragebogen zu ihrer Zufriedenheit befragt. Gesamthaft wurden 672 Beobachtungen durchgeführt. 363 Patienten erfüllten die Einschlusskriterien und wurden angesprochen. 320 Fragebogen konnten verwendet werden. 43 Patienten lehnten die Teilnahme an der Studie ab, was die Drop-outs erklärt. Die Stichprobenziehung wird nicht weiter erläutert, es kann jedoch angenommen werden, dass sie zufällig geschah. 101 Patientenvisiten wurden als SIBR klassifiziert, 219 als TR.</p>	<p>Die Ergebnisse werden im Fliesstext und auch in Tabellenform dargestellt.</p> <p><u>Zeitliche Dauer der Patientenvisite:</u> Strukturierte interdisziplinäre Patientenvisiten dauerten (durchschnittlich 122 Sekunden) signifikant länger als traditionelle Visiten (durchschnittlich 88 Sekunden). Die Dauer war positiv korreliert mit der Anzahl der erfüllten SIBR-Kriterien, was logisch erscheint.</p> <p><u>Patientenzufriedenheit:</u> Von den 320 ausgefüllten Fragebogen wurden 255 von den Patienten/Patientinnen selbst ausgefüllt, 65 von den Angehörigen. Die Befragten der SIBR-Gruppe hatten eine höhere Zufriedenheit als die Patienten, bei denen eine TR durchgeführt wurde. Die Befragten konnten offene Antworten oder Kommentare innerhalb des Fragebogens angeben, wovon einige Beispiele in der Studie abgebildet sind.</p>	<p>Patienten/Patientinnen ist es wichtig, durch die Patientenvisiten mit den Fachpersonen kommunizieren und dabei Fragen stellen zu können. Die Studie zeigt, dass dies besser durch SIBR als durch TR getan werden kann. Die Studie kam zu ähnlichen Ergebnissen wie bisherige Untersuchungen, dass durch strukturierte Visiten die gesamte Zufriedenheit erhöht werden kann. Entgegen vorhandener Literatur konnte eine deutliche Steigerung der Dauer von SIBR festgestellt werden. Dies wurde von den Mitarbeitern als Herausforderung angesehen. Die Forschenden machen darauf aufmerksam, dass dies bei der Implementierung in der Praxis berücksichtigt werden müsste. Sie weisen auch darauf hin, dass Mitarbeiterengagement, Ausbildung und Führungsthemen behandelt werden müssen.</p> <p>Da in der Studie eine modifizierte Version der SIBR-Vorlage verwendet wurde, spiegeln die Resultate nicht eine vollständige Implementierung des Ansatzes wieder. Während der Untersuchung wurden deutlich mehr TR als SIBR durchgeführt. Trotz der unterschiedlichen Stichproben waren die Unterschiede zwischen den Gruppen signifikant genug.</p> <p>Es sind weitere Studien nötig, um die Ergebnisse verallgemeinern zu können.</p>

<p>Informationstransfers untersucht. Das Ziel dieser Studie ist es zu untersuchen, welchen Nutzen dies für Patienten und das Personal hat. Die Patientenzufriedenheit und die Perspektive des Personals sollen verglichen werden und zusätzlich soll untersucht werden, inwiefern sich der Faktor Zeit bei strukturierten interdisziplinären Patientenvisiten im Vergleich zu traditionellen medizinischen Visiten verhält.</p>	<p>Auch das Gesundheitsfachpersonal wurde anhand eines anonymen Fragebogens zu den Patientenvisiten befragt, unabhängig davon, ob sie daran teilgenommen haben oder nicht. Um die Perspektive des Personals zu beurteilen, wurden insgesamt 131 Fragebogen von Ärzten und Pflegefachpersonen in verschiedenen Ausbildungsniveaus ausgefüllt. Wie viele Fragebogen an medizinisches Personal ausgehändigt wurden, kann der Studie nicht entnommen werden.</p> <p>Beide Fragebogen wurden vor Beginn der Studie durch Patienten/Patientinnen, Mitarbeiter und das wissenschaftliche Komitee des Krankenhauses geprüft, um das Layout, den Inhalt und mögliche Messverzerrungen zu bewerten.</p> <p>Die während der Studie erhobenen Variablen sind Patientenzufriedenheit (ordinalskaliert), Perspektive des Personals (ordinalskaliert) und die Zeit, die für die Patientenvisite benötigt wurde (proportionalskaliert).</p> <p>Um die Patientenzufriedenheit bzw. Wahrnehmung des Gesundheitspersonals zwischen SIBR und TR zu vergleichen, wurden nicht parametrische statistische Tests verwendet. Um die Korrelation zwischen den Variablen zu bestimmen, wurde Spearmans Rho verwendet.</p> <p>Eine Genehmigung wurde bei einer Ethikkommission eingeholt.</p>	<p>Positive Rückmeldungen stammen alle aus der SIBR-Gruppe, negative alle aus der TR-Gruppe.</p> <p><u>Perspektive der Mitarbeiter:</u></p> <p>Alle Fachpersonen bewerteten die SIBR höher als TR. Es wurden Unterschiede zwischen den Professionen festgestellt, diese waren jedoch nicht signifikant. SIBR-Befürworter argumentierten mit der verbesserten Teamarbeit, für die Kritiker von SIBR sind vor allem die längere Dauer der Patientenvisiten von Bedeutung. Mehrere Teilnehmer äusserten, dass Pflegefachpersonen an interdisziplinären Visiten zu wenig Mitspracherecht hätten und nahmen sie als Diskussion unter Ärzten wahr.</p>	
---	--	--	--



## Würdigung der Studie: Structured Interdisciplinary Bedside Rounds in an Australian tertiary hospital emergency department: Patient satisfaction and staff perspectives

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Da die Studie die Wirkung von interdisziplinären Patientenvisiten untersucht, wird unter anderem auch eine wichtige Frage der Pflege und somit dieser Bachelorarbeit beantwortet. Durch Befragungen des interdisziplinären Teams werden auch Pflegefachpersonen nach ihrer Haltung gefragt.</p> <p>Das Ziel der Forschungsarbeit wird explizit dargestellt, allerdings wird keine Forschungsfrage formuliert. Sie kann jedoch aus dem Ziel abgeleitet werden. Es werden keine Hypothesen gemacht. Es wird verständlich und umfassend ins Thema der Studie eingeführt, jedoch wird keine bereits vorhandene Forschung und Literatur genannt.</p>	<p>Die Forschenden wählen mit den Querschnittserhebungen ein quantitatives Studiendesign. Die Wahl erscheint sinnvoll, da somit eine Gruppe von Personen untersucht werden kann und verschiedene Merkmale in Bezug gesetzt werden können. Das Design wird in von den Forschenden nicht diskutiert.</p> <p>Die Stichprobenwahl bei der Untersuchung der Patientenzufriedenheit ist angebracht, und die expliziten Ein- und Ausschlusskriterien sind der Studie zu entnehmen.</p> <p>Die Stichprobengrösse scheint angemessen, wird jedoch nicht begründet.</p> <p>Die Stichprobenziehung bei der Untersuchung der Sichtweise des Personals bleibt zu grossen Teilen unklar. Es ist der Studie nicht zu entnehmen, wie genau die Stichprobe gezogen wurde. Die Stichprobengrösse scheint angemessen zu sein und gibt einen Überblick über verschiedene Meinungen von Gesundheitsfachpersonen mit unterschiedlichen Erfahrungen in ihren jeweiligen Professionen. Die Ergebnisse können daher auch auf andere Abteilungen übertragen werden.</p> <p>Die Datenerhebung wurde bei allen Teilnehmenden gleich durchgeführt. Die beiden Fragebogen (Patienten und Personal) und auch die demographischen Daten zu den befragten Personen sind in der Studie ersichtlich, was die Datenerhebung nachvollziehbar erscheinen lässt. Die Messinstrumente sind reliabel. Die Wahl der Messinstrumente wird von den Forschenden zwar nicht begründet, scheint jedoch sinnvoll.</p> <p>Um die demographischen Daten zu analysieren, wurden deskriptive statistische Methoden angewendet, die nicht genauer beschrieben werden. Nicht-parametrische Test wurden durchgeführt, um die Patientenzufriedenheit und die Wahrnehmung der Mitarbeiter zwischen SIBR und TR zu vergleichen. Der Mann-Whitney-Test (Patientenzufriedenheit) und der Wilcoxon Sign Rank-Test (Personalwahrnehmung) sind beides geeignete Tests, um Unterschiedshypothesen aufzustellen und scheinen für die Datenanalyse sinnvoll. Die Daten aus den offenen Fragen der Befragungen wurden mittels Inhaltsanalyse analysiert.</p> <p>Die Studie wurde von einer Ethikkommission genehmigt. Weitere ethische Fragen werden nicht diskutiert. Auf eine mögliche Beziehung zwischen den Forschenden und den Teilnehmenden wird nicht eingegangen.</p>	<p>Die Ergebnisse sind präzise und umfassend dargestellt. Die Tabellen mit den Ergebnissen aus den Fragebogen sind vollständig und eine wertvolle Ergänzung zum Text. Sie geben ein genaues Bild der Antworten der befragten Patienten/Patientinnen ab und dienen daher dem besseren Verständnis des Fliesstextes.</p> <p>Es wird auch ein Ausschnitt der offen formulierten Antworten in der Studie abgebildet. Diese dienen einem besseren Verständnis gegenüber den befragten Personen und helfen, das eigene Handeln in der Praxis kritisch zu hinterfragen.</p>	<p>In der Diskussion werden alle Resultate diskutiert, wobei auf die verschiedenen Schwerpunkte (Dauer der Patientenvisite, Patientenzufriedenheit und Perspektive des Personals) einzeln eingegangen wird. Die Forschenden erwähnen einmal Empfehlungen von bisherigen Studien, ansonsten werden die Resultate nicht mit anderer Literatur verglichen.</p> <p>Es werden Empfehlungen für die Praxis abgegeben, wobei auch auf die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen eingegangen wird. Es wird empfohlen, dass sie sich aktiv an den Patientenvisiten beteiligen sollen und somit Teil des Prozesses sind.</p> <p>Die Limitationen der Studie werden ausreichend diskutiert. Die Forschenden machen unter anderen darauf aufmerksam, dass die Untersuchungen in einer einzigen Institution durchgeführt wurde und somit eine eingeschränkte Verallgemeinerung aufweist. Die externe Validität ist aus ihrer Sicht eingeschränkt. Es müsste geprüft werden, wie sich strukturierte interprofessionelle Patientenvisiten auf anderen Stationen umsetzen lassen würden. Es wäre möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen.</p>

### **Gesamteinschätzung der Güte entsprechend den Gütekriterien von (Bartholomeyczik et al., 2008)**

#### **Structured Interdisciplinary Bedside Rounds in an Australian tertiary hospital emergency department: Patient satisfaction and staff perspectives**

- **Objektivität:** Alle Teilnehmenden der Studie füllten denselben Fragebogen aus, der im Anhang ersichtlich ist. Eine Verzerrung kann ausgeschlossen werden, da die Forschenden bei der Datenerhebung nicht beteiligt waren. Der Ablauf der Studie ist nachvollziehbar beschrieben.

- **Reliabilität:** Beide verwendeten Fragebogen sind in der Studie ersichtlich. Der Vorgang der Datenanalyse ist verständlich beschrieben und entspricht dem Skalenniveau der untersuchten Variablen. Der Grund, weshalb 43 Patienten/Patientinnen den Fragebogen zur Patientenzufriedenheit nicht ausgefüllt haben, bleibt jedoch unklar. Die unterschiedlichen Methoden zwischen den beiden untersuchten Gruppen (Patienten/Patientinnen und medizinisches Personal) werden beschrieben und sind nachvollziehbar.

- **Validität:** Die interne Validität ist eingeschränkt, da unklar ist, inwiefern äussere Einflüsse die Ergebnisse beeinflusst haben. Es wird von den Forschenden nicht darauf eingegangen, dass die Patienten/Patientinnen möglicherweise von den Angehörigen hätten beeinflusst werden können. Auch wird nicht auf die persönlichen Beziehungen zwischen dem Pflegepersonal und den Ärzten/Ärztinnen eingegangen. Diese hätten Einfluss auf die Durchführung der Patientenvisite und wie sie von den Mitarbeitern eingeschätzt würde. Die Perspektive des Personals könnte daher verzerrt sein.

Die externe Validität ist eingeschränkt, da die Untersuchungen nur in einer Institution auf einer Notfallabteilung durchgeführt wurde und die Ergebnisse daher nicht vollständig verallgemeinert werden können. Die Abteilungen eines Krankenhauses unterscheiden sich in einem grossen Mass, die Prioritäten liegen nicht überall bei denselben Themen. Daher ist die Durchführung der Patientenvisite nicht immer vergleichbar. Trotzdem lassen sich aus den Ergebnissen dieser Studie wichtige Punkte für die Praxis ableiten und können auch auf anderen Stationen eingesetzt werden, allenfalls mit Anpassungen.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et. al. (2009):** Die Studie wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) eingeordnet, da es sich um eine Primärstudie handelt.

## Zusammenfassung der Studie: Introduction of a new ward round approach in a cardiothoracic critical care unit

Autoren/Autorinnen: Shaughnessy et al. (2015)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Autorinnen führten eine Literaturrecherche zum Thema Patientenvisite durch und zeigten auf, dass diese in jüngster Zeit vernachlässigt wurden. Sie beleuchteten die Wichtigkeit des Engagements und der Zusammenarbeit im interprofessionellen Team. Zudem bestehe mangelnde Klarheit zwischen den Pflegefachpersonen und dem medizinischen Personal bezüglich dem Versorgungsplan. Im Jahre 2013 wurde ein neuer Ansatz zur Durchführung einer Patientenvisite entwickelt, um die Patientensicherheit zu verbessern. Dieser wurde in mehreren Studien empfohlen, um sicherzustellen, dass wesentliche Elemente der Pflege nicht vergessen und weggelassen werden. Er wird zur Fehlerreduzierung genutzt.</p> <p>Die Patientenvisite wird hauptsächlich als medizinisch dominiert wahrgenommen, in welcher es der Pflege an Selbstvertrauen mangelt. Das Pflegefachpersonal muss vielfach am Patientenbett um seinen Platz kämpfen um seinen Standpunkt durchsetzen zu können.</p> <p>Die Forscherinnen wollten eine Umstrukturierung in der</p>	<p>Die Forscherinnen nutzten für die Datenerhebung die Triangulation, eine Kombination zwischen qualitativem und quantitativem Design um ein breites Spektrum und eine Vielzahl von Informationen zu erhalten. Die Triangulation ermöglicht den Vergleich und die Analyse von Daten, was die Gültigkeit, Zuverlässigkeit und Bedeutung gewährleistet.</p> <p>Sie wählten 75 qualifizierte Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen einer kardiologischen Intensivstation aus. Sie haben über 6 Wochen durch einen Beobachter die aktuelle Situation erfasst. Dadurch erhielten sie klare Hinweise auf Verbesserungspotential und die Notwendigkeit einer Checkliste. Sie haben sich für die MINDERS-Checklist entschieden.</p> <p>Jeder Mitarbeiter/jede Mitarbeiterin erhielt eine kleine laminierte Karte, welche sie auf ihrem Badge mit sich tragen konnten. Darauf waren 5 Elemente vermerkt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anwesenheit der Pflege</li> <li>- Pflege fasst Pflegeplan mündlich zusammen</li> <li>- Anästhesie signiert Karte</li> <li>- Leitung stellt Patienten/Patientin vor</li> <li>- Checkliste</li> </ul> <p>Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen wurden per Mail, Powerpoint-Präsentation, Lehrveranstaltung und Anschlagbrett mit Informationen versorgt. Zudem erhielt jede/jeder eine Checkliste und dazu Information zur Handhabung. Die</p>	<p>Sie teilen die Ergebnisse in 4 Kategorien ein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Erhöhung der Pflegebeteiligung → Pflegefachpersonen arbeiten nahe am Patienten/an der Patientin. Sie hatten mehr Möglichkeit, sich bei der Patientenvisite aktiv einzubringen.</li> <li>-MINDERS-Checkliste half, Auslassungen zu reduzieren → Auslassungen wurden minimiert. Zudem wurden Verbesserungsvorschläge entgegengenommen.</li> <li>-Anhaltende Schwierigkeiten bezüglich der Kommunikation zwischen Ärzten/Ärztinnen und Pflegefachpersonen → Die schlechte Kommunikation ist frustrierend. Zudem fühlen sich Pflegefachpersonen nicht in der Lage, am medizinischen Personal Kritik anzubringen oder sie auf Fehler hinzuweisen.</li> <li>- Positive Veränderung in der Praxis, die die Patientenversorgung verbessert.</li> </ul> <p>Die Studienteilnehmer/ Teilnehmerinnen fühlten sich gut und verständlich eingeführt. Die mündliche Zusammenfassung des Versorgungsplans verbesserte die Übersichtlichkeit und die Patientenversorgung habe sich verbessert.</p>	<p>Wie die Literatur zeigt, werden Patientenvisiten als medizinische Domänen betrachtet. Die Ergebnisse zeigen eine positive Reaktion auf eine Änderung des Formats der Patientenvisite, welches mehr Möglichkeiten für das Pflegepersonal bietet. Dies zeigt auch, dass sich alle Beteiligten der Notwendigkeit einer guten Zusammenarbeit bewusst sind. Die Anwesenheit der Pflegefachpersonen in Prozent war im Schnitt gleich hoch wie vor der Einführung der Checkliste. Trotzdem wurde dies anders wahrgenommen. Grund dafür könnte die aktive Rolle während der Patientenvisite von Pflegefachpersonen sein, welche Präsenz zeigten.</p> <p>Die Kommunikation zwischen den Ärzten/Ärztinnen und den Patienten/Patientinnen sowie dem Pflegepersonal ist ein Problem. Es ist jedoch schwer für Pflegefachpersonen, daran etwas zu ändern, da dies nicht gerne gesehen wird und Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung birgt. Die Macht liegt laut den Forscherinnen noch immer in den Händen des medizinischen Personals.</p> <p>Durch die Checkliste konnten Auslassungen und Fehler minimiert werden, was einen positiven Effekt auf die Sicherheit hat.</p>

<p>Durchführung der Patientenvisite erreichen. Sie stellten sich dafür mehrere Fragen:</p> <p>-Wie wurden die Mitarbeiter auf den Praxiswechsel vorbereitet?</p> <p>-Wie effektiv war der neue Ansatz?</p> <p>→ Verbesserte Klarheit?</p> <p>→ mehr Möglichkeiten für die Pflege?</p> <p>→ Sind Auslassungen/Fehler vermeidbar?</p> <p>→ Wurden die Patienten/Patientinnen über ihren Fortschritt auf dem Laufenden gehalten?</p> <p>→ Vor- und Nachteile?</p> <p>→ Wurde der neue Ansatz vollständig übernommen?</p> <p>→ Weiterer Verbesserungsbedarf</p>	<p>Projektleitung war für 6 Wochen anwesend, um sicherzustellen, dass die Checkliste auch angewandt wurde.</p> <p>Zur Erhebung der Daten wurden semi-strukturierte Interviews, Papierfragebogen, elektrische Fragebögen und ein Beobachtungsaudit durchgeführt.</p> <p>Aus der Studie ist nicht ersichtlich, wie die Daten genau erhoben wurden.</p> <p>Die Studie wurde ethisch durch mehrere Gesellschaften genehmigt.</p> <p>Da es sich dabei um ein Serviceverbesserungsprojekt handelt, sind die Bedingungen nicht so strikt. Zudem wurde vor dem Führen der Interviews eine Einwilligung eingeholt und die Fragebögen wurden anonymisiert. Auslassungen wurden behoben oder begründet.</p>		<p>Die Forscherinnen beleuchteten, dass die Zeit nicht gereicht habe, um eine grössere Stichprobe zu gewinnen. Die Checkliste soll noch weiter untersucht werden, um die Wirksamkeit zu bestätigen.</p> <p>Zudem werden trotz der Checkliste noch immer wichtige Informationen ausgelassen. Gewisse Teilnehmer/Teilnehmerinnen gaben an, dass die Liste nicht immer angewandt wurde. Zudem sollten die Anwender/Anwenderinnen die Liste genau verstehen, um deren Wirksamkeit und Nutzen nachzuvollziehen.</p> <p>Die Checkliste ist eine einfach durchführbare und kostengünstige Initiative zur Verbesserung der Patientensicherheit. Wichtig ist die stetige Evaluierung der Liste und Weiterbildung der Nutzer.</p>
---	--	--	---

## Würdigung der Studie: Introduction of a new ward round approach in a cardiothoracic critical care unit

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie befasst sich mit einem wichtigen Thema für die Berufspraxis des Pflegepersonals. Es wurde auf die bereits bestehende Literatur eingegangen und das Thema von verschiedenen Seiten beleuchtet.</p> <p>Die Forscherinnen stellten verschiedene Fragen, welche sie durch das Einführen einer Checkliste beantworten möchten, jedoch ist aus der Studie keine klar formulierte Forschungsfrage ableitbar. Zudem wird am Schluss erwähnt, dass die Zeit zu knapp war um eine grössere Stichprobe zu erfassen und den Ergebnissen so mehr Signifikanz zu gewähren.</p>	<p>Die Forscherinnen erhoben die Daten mittels einer Triangulation und begründeten dies auch. Sie nutzten ein Mixed-Methods-Design.</p> <p>Es wird aus dem Lesen der Studie nicht klar, wie die Stichprobe gezogen wurde. Zudem handelt es sich bei den Teilnehmern/Teilnehmerinnen um Angestellte eines Krankenhauses in England. Es wurde in der Studie reflektiert, dass die Stichprobengrösse hätte grösser sein können, dafür jedoch die Zeit fehlte. Als Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen einer Intensivstation sind die Teilnehmer/Teilnehmerinnen für das Erheben der Daten nach dem Einführen einer Checkliste geeignet, jedoch wird nicht weiter auf diese eingegangen. Es wird klar erwähnt, welche Instrumente zur Datenerhebung genutzt werden, jedoch wird nicht näher beschrieben, wie die erhobenen Daten ausgewertet wurden. Zudem gehen die Forscherinnen nicht auf die Datensättigung ein.</p> <p>Der ethische Aspekt wird dafür genauestens ausgeführt und begründet. Die Studie wurde ethisch durch mehrere Gesellschaften genehmigt. Da es sich dabei um ein Serviceverbesserungsprojekt handelt, sind die Bedingungen nicht so strikt. Zudem wurde vor dem Führen der Interviews eine Einwilligung eingeholt und die Fragebögen wurden anonymisiert. Auslassungen wurden behoben oder begründet.</p> <p>In der Studie ist ersichtlich wie die Forscher/Forscherinnen vorgegangen sind, um eine gewählte Checkliste zu finden und wie sie diese am Schluss aussuchten. Jedoch kann nicht nachvollzogen werden, wie die Daten erhoben wurden und wie diese ausgewertet wurden.</p>	<p>Da nicht genau beschrieben wurde wie die Daten erhoben und ausgewertet wurden, kann nicht erkannt werden, wie die Ergebnisse entstanden sind. Sie sind aber mit verschiedensten passenden Zitaten unterlegt und sinnvoll in Unterkategorien aufgeteilt, was einen besseren Überblick verschafft. Diese Unterkategorien präsentieren das Phänomen als Ganzes, sind nachvollziehbar und logisch.</p>	<p>Die Studie als Ganzes präsentiert das Phänomen klar und verständlich. Auch die Ergebnisse leisten einen wichtigen Teil zum besseren Verstehen. Alle Ergebnisse wurden kurz diskutiert. Die Forscherinnen haben sich anfangs mehrere Fragen gestellt, welche sie mit den Ergebnissen beantworten konnten. Zudem setzten sie diese anschliessend in Zusammenhang mit bereits bestehender Literatur, um das Thema vollumfänglicher zu beleuchten.</p> <p>In der Studie können mehrere Male ein direkter Bezug zur Arbeit als Pflegefachperson gezogen werden. Es wird dargestellt, wie wichtig der Einbezug vom Pflegefachpersonal in einer Patientenvisite ist.</p> <p>Stärken und Schwächen der Studie wurden diskutiert, sowie beeinflussende Faktoren genannt.</p> <p>Da die Erhebung und Auswertung der Daten nicht genauestens nachvollziehbar ist, könnte die Studie nur bedingt in einem anderen klinischen Setting wiederholt werden.</p> <p>Die Schlussfolgerung fasst die Studie noch einmal kurz mit den wichtigsten Punkten zusammen und rundet die Arbeit ab.</p>

## **Gesamteinschätzung der Güte entsprechend den Gütekriterien von (Bartholomeyczik et al., 2008)**

### **Introduction of a new ward round approach in a cardiothoracic critical care unit**

#### **- Objektivität**

Die Forscher/Forscherinnen nutzten für die Datenerhebung die Triangulation, eine Kombination zwischen qualitativem und quantitativen Design um ein breites Spektrum und eine Vielzahl von Informationen zu erhalten. Die Triangulation ermöglicht den Vergleich und die Analyse von Daten, was die Gültigkeit, Zuverlässigkeit und Bedeutung gewährleisteten. Leider konnte aus der Studie nicht erkannt werden, ob die erhobenen Daten durch eine externe Person oder ein Sub-Team von Forschenden rückbesprochen wurden.

#### **- Reliabilität**

Die Forscher/Forscherinnen untermalten ihre Ergebnisse mit plausiblen und passenden Zitaten. Das Setting und die Teilnehmenden wurden beschrieben, jedoch ist keine Information zur Beziehung zwischen dem Beobachter und den Teilnehmenden zu finden. Die Forscher/Forscherinnen erwähnten Drop-outs und begründeten diese. Leider wurde aus der Studie nicht klar, wie die Daten genau erhoben und die Ergebnisse ausgewertet wurden.

#### **- Validität**

Sie führten kein Member-Check durch. Für die Durchführung beschrieben sie eine Zeitspanne von 6 Wochen. Sie zeigten jedoch auch auf, dass für die Beurteilung der Wirksamkeit dieser Checkliste eine grössere Stichprobengrösse und eine grössere Zeitspanne von Nöten wäre.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et. al. (2009):** Die Studie wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) eingeordnet, da es sich um eine Primärstudie handelt.

## Zusammenfassung der Studie: Use of a Daily Goals Checklist for Morning ICU Rounds: A Mixed-Methods Study

Autoren/Autorinnen: Centofanti et al. (2014)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Für die Betreuung eines Patienten/einer Patientin benötigt es ein grosses Team. Die wichtigste Kommunikation in diesem Team findet jeweils an den morgendlichen Patientenvisiten statt. Mehrere Faktoren können diese Kommunikation stören (Unterbrüche, Personalwechsel, fehlende Mitglieder, ...).</p> <p>Für die Verbesserung des Pflegeprozesses gibt es verschiedenste Hilfsmittel. Darunter befinden sich auch Checklisten. Bestehende Studien zeigten mit Hilfe einer Checkliste einen positiven Effekt auf das Verständnis der Ziele und des Behandlungsplans. Daher formulierten die Forscher/Forscherinnen ihr Ziel, die Perspektiven und Einstellungen multidisziplinärer Kliniken bezüglich der Verwendung einer «Daily Goals Checklist» bei den Patientenvisiten zu erfassen.</p>	<p>Die Studie wurde auf einer geschlossenen, chirurgischen Intensivstation mit 15 Betten in einem tertiären Krankenhaus durchgeführt. An den morgendlichen Patientenvisiten nahmen meist eine Pflegefachperson, ein Apotheker, ein Atemtherapeut, ein Intensivmediziner, Studenten und Assistenzärzte teil.</p> <p>Die «Daily Goals Checklist» (DGC) wurde im Jahre 2010 in Papierform, mit Checkboxen und leeren Abschnitten auf blauem Papier eingeführt. Sie enthält verschiedene Abschnitte. Der Abschnitt «Vorrunde» wurde für Interventionen, klinische Aktualisierungen oder Pflegeanliegen genutzt. Meist wurde er durch die Nachwache ausgefüllt und vom Frühdienst überprüft und vervollständigt. Der Abschnitt «Runde» wird während den Patientenvisiten durch das ärztliche Team ausgefüllt, dabei wird auch die Vorinformation auf dem Blatt berücksichtigt.</p> <p>Die Forscher/Forscherinnen wählten ein Mixed-Methods-Design, bestehend aus Feldbeobachtung, Datenanalyse und Interviews (Einzel- und Fokusgruppen).</p> <p><u>Feldbeobachtung:</u> 2 Ermittler nahmen jeweils an den Patientenvisiten teil um zu erfassen, wie die DGC eingesetzt wurde. Sie trafen sich zuvor, um die Standardisierung festzulegen. Sie bewerteten den Zeitpunkt, die Ausführlichkeit, die Leitung und die nonverbale Kommunikation. Die Teilnehmenden erhielten die Information, dass die Forscher die Entscheidungsfindung untersuchen würden, um die Studie nicht zu beeinflussen.</p>	<p><u>Feldbeobachtungen:</u> 93 % der beobachteten Runden wurden abgeschlossen. Ein Leiter übernahm jeweils die Überprüfung der DGC mit dem Team. Meist wurde sie am Ende der Patientenvisite überprüft. Ein Mitglied schloss die Liste dann ab und stiess später wieder zur nächsten Patientenvisite hinzu. Teilweise wurden nur die pflegerischen Anliegen besprochen, zum Teil fand die Patientenvisite auch sehr detailliert statt. Die meisten Mitglieder waren aufmerksam und engagiert. Fragen wurden diskutiert, Überlegungen und Anpassungen zu den Pflegeplänen unternommen.</p> <p><u>Dokumentenanalyse:</u> Es wurden 72 abgeschlossene DGC quantitativ analysiert, dabei wurden verschiedene Schwerpunkte erfasst. Das Pflegefachpersonal nutzt die Liste um Fragen zu klären und braucht dafür den Platz auf der DGC. Sie machten aufmerksam auf Bereiche, welche neu evaluiert werden mussten oder wo Bedarf nach Beratung bestand. Die Ärzte/Ärztinnen bestätigten die Problematik meist und kommentierten den Plan.</p> <p><u>Interviews:</u> Niemand lehnte die Teilnahme ab, 56 Personen nahmen teil. Die Forscher/Forscherinnen definierten 3 Hauptthemen.</p> <p><b>Auswirkungen auf die Kommunikation:</b></p> <p><i>Fördert einen systematischen Ansatz:</i> Die DGC hilft, die Patientenvisite zu organisieren. Alle wichtigen Punkte können strukturiert, organisiert und zuverlässig diskutiert werden.</p> <p><i>Ermöglicht multidisziplinäre Einbindung in den Pflegeplan:</i> Alle Anwesenden können Inputs geben. Die DGC stellt eine wichtige Ergänzung zur multidisziplinären Kommunikation dar.</p> <p><i>Dient als zentrale Datenablage für den Patientenplan:</i> Die DGC dient als kontinuierlich, leicht zugängliche</p>	<p>Die DGC ist ein schnelles, einfaches Werkzeug für Patientenvisiten mit positiven Auswirkungen auf die Kommunikation, Patientenversorgung und Bildung.</p> <p>Die Patientensicherheit hat sich verbessert und Auslassung und Fehler wurden minimiert. Zudem wurde durch das Setzen von patientenorientierten Zielen kurz- und langfristig auf die Patientenversorgung fokussiert. Die Verwendung der Checkliste kann die Patientenvisiten verlängern, teilweise wird die Liste dann nicht ausführlich fertiggestellt.</p> <p>Die Forscher/Forscherinnen ernennen es als positiv, ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt zu haben. Das Team wurde für das Pflegefachpersonal sowie die Ärzteschaft vertreten. Sie minimierten das Risiko für Verzerrungen durch Triangulation und nutzten mehrere Datenquellen. Zudem wird die DGC als ein kostengünstiges, papierbasiertes Werkzeug, welches die Best-Practice erfüllt, angesehen. Nicht alle Teilnehmenden nutzten die Checkliste gleich häufig, was als negativ erwähnt wurde. Zudem sind die Beobachtungen der nonverbalen Kommunikation subjektiv und enthalten eine Beobachterverzerrung. Es ist eine Single-Center-Studie, was</p>

	<p><u>Dokumentenanalyse</u>: Die abgeschlossenen DGC wurden von 3 Prüfern mit gemischten Methoden analysiert. Sie nutzten dabei einen standardisierten quantitativen Ansatz. Sie bewerteten die ausgefüllten Felder, die dokumentierten Elemente und berechneten die Fertigstellungsrate. Qualitativ wurden Muster in der DGC Nutzung beobachtet und die Gründlichkeit, die Schwerpunkte und die interdisziplinären Notizen bewertet.</p> <p><u>Interviews</u>: Es wurden semi-strukturierte Einzel- und Fokusgruppeninterviews durchgeführt. Diese wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Die Interviews wurden mit herkömmlichen qualitativen Inhaltsanalysen ausgewertet. Die Codes wurden direkt aus den Daten abgeleitet und das Programm N'Vivo wurde für die Datenverwaltung und -Analyse verwendet. Berater mit qualitativer Forschungserfahrung kodierten alle Transkripte. Es wurden andere Prüfer hinzugezogen, welche eine Teilmenge codierten. Zudem fanden 2-monatliche Codierungssitzungen statt. Alle Entscheidungen und Revisionen wurden dokumentiert.</p>	<p>Informationsquelle. Da es den Pflegefachpersonen zum Teil nicht möglich ist, an den Patientenvisiten teilzunehmen können sie sich mittels DGC informieren.</p> <p><b>Auswirkungen auf die Patientenversorgung:</b>  <i>Gewährleistet einen umfassenden Versorgungsansatz:</i> durch die DGC kann sich auf die wichtigsten Punkte konzentriert werden, trotzdem erhält man ein vollumfängliches Bild. Durch die Vollständigkeit der Liste können Fehler und somit die Sterblichkeitsrate minimiert werden. Ein Nachteil stellen jedoch mögliche Wiederholungen dar.  <i>Hervorhebung der patientenspezifischen Ziele:</i> Die DGC hilft, sich auf die individuellen Ziele zu fokussieren. Die Patientenvisite kann durch verschiedene Dinge unterbrochen werden, dabei kann die Liste als Orientierungshilfe genutzt werden. Die Checkliste regt eine Längssicht an und die Dynamik der Genesung wird sichtbar. So kann sich keine therapeutische Trägheit einstellen. Die DGC fordert eine explizite Zielsetzung.</p> <p><b>Auswirkung auf die Bildung</b>  <i>Ansatz für schwerkranke Patienten/Patientinnen</i>  <i>Fördert den Unterricht von Themen.</i></p>	<p>die Verallgemeinerung einschränkt. Viele Prozessmassnahmen konnten durch die DGC positiv beeinflusst werden. Jedoch werden wenige Ergebnisse in Bezug auf die Patienten/Patientinnen erfasst, da vielfach ein Beobachtungsdesign gewählt wurde.</p> <p>Die effektive Nutzung der DGC kann die interprofessionelle Kommunikation ergänzen, die Patientensicherheit steigern und die Dynamik im Versorgungsprozess fördern.</p>
--	---	---	--



## Würdigung der Studie: Use of a Daily Goals Checklist for Morning ICU Rounds: A Mixed-Methods Study

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Die Studie behandelt ein wichtiges Thema für verschiedenste Berufsgruppen. Auch im Bereich der Pflege ist das Thema der Patientenvisite ein wichtiger Punkt. Das Ziel wurde klar definiert und das Phänomen wurde mit bereits bestehender Literatur in Verbindung gebracht.	Die Forscher/Forscherinnen wählten ein Mixed-Methods-Design und gingen dabei näher darauf ein, wie sich dieses gestaltet. Für die Interviews nutzten sie eine zielgerichtete, eine komplette und eine Konversationsstichprobe. Das Setting und die Teilnehmenden wurden kurz beschrieben. Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen kommen alltäglich mit den Patientenvisiten in Kontakt und eignen sich daher für die Befragung. Die analytischen Schritte wurden beschrieben, dabei wurde auch auf Verzerrungen geachtet. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Coprüfer codierten zudem eine Teilmenge der Transkripte. Es fanden 2-monatliche Codiersitzungen statt. Die Forscher und Berater arbeiteten eng zusammen (axiale Codierung) und alle Entscheidungen und Revisionen wurden dokumentiert (es entstand ein Audit-Trail). Es wurden verschiedene Triangulationen sowie ein Member-Check durchgeführt. Die Studie wurde ethisch genehmigt.	Zum Erhalt der Ergebnisse wurde eine ausführliche und grundlegende Analyse getätigt. In der Studie sind zum Kontext passende Zitate zu finden. Das Phänomen wird von verschiedenen Seiten beleuchtet und die Ergebnisse werden ausführlich beschrieben und übersichtlich aufgeteilt.	Das Phänomen kann nach dem Lesen der Studie vollumfänglich verstanden werden, und die Forschungsfrage wurde beantwortet. Zudem wurden die Ergebnisse in Verbindung mit bereits bestehender Literatur gebracht. Die Schlussfolgerung rundet die Studie ab und fasst sie noch einmal kurz und bündig zusammen.

## **Gesamteinschätzung der Güte entsprechend den Gütekriterien von (Bartholomeyczik et al., 2008)**

### **Use of a Daily Goals Checklist for Morning ICU Rounds: A Mixed-Methods Study**

#### **- Objektivität:**

Es wurden verschiedene Triangulationen verwendet (Daten, Methoden und Forscher). Zudem wurde in der Studie ein Member-Check durchgeführt. Es wurden regelmässig Codiersitzungen veranstaltet, und die Entscheidungen und Revisionen in der Analyse wurden dokumentiert. Die Forscher/Forscherinnen erwähnten, dass es keine Auslassungen gegeben haben soll.

#### **- Reliabilität:**

Der Ablauf sowie das Setting wurden jeweils beschrieben. Jedoch ist die genaue Datenerhebung sowie -Auswertung nicht genauestens beschrieben. Auch wird nicht klar, wie die Stichprobe gezogen wurde. Ein Teil der Datenerhebung waren Feldbeobachtungen. Diese könnten subjektiv geprägt worden sein.

#### **- Validität:**

Die Forscher/Forscherinnen setzten sich in der Diskussion einige Limitationen. Teilweise nutzten die Befragten die DGC nicht gleich oft, was die Ergebnisse beeinflussen konnte. Zudem sei die Verallgemeinerung der Ergebnisse aufgrund der Single-Center-Studie eingeschränkt. Somit ist die externe Validität nicht gewährleistet. Durch die Triangulation wurde das Risiko für Verzerrungen minimiert, was die interne Validität gewährleistet.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et. al. (2009):** Die Studie wird auf der untersten Stufe der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) eingeordnet, da es sich um eine Primärstudie handelt.